

Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia

Ley 100 de 1993

Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez,
Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez,
Iván Jaramillo

The background of the page features a very faint, light gray image of several people's silhouettes. The most prominent is a person in the foreground on the left, seen from the back, wearing a hat. To their right, another person is partially visible, and further back, a third person can be seen. The overall effect is a subtle, artistic representation of a crowd or a group of people.

Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia

Ley 100 de 1993

This page intentionally left blank

Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia

Ley 100 de 1993

Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez,
Marta Lucía Ramírez, Iván Jaramillo



Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

Ottawa • Dakar • El Cairo • Montevideo • Nairobi • Nueva Delhi • Singapur

Primera edición: marzo de 2010

Para esta edición:

© 2010 Assalud en coedición con la Universidad del Rosario,
Facultad de Economía y Mayol Ediciones S.A.

www.mayolediciones.com

ISBN: 978-958-8307-86-2

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

PO Box 8500

Ottawa, ON, Canadá K1G 3H9

info@idrc.ca

www.idrc.ca

ISBN: 978-1-5250-486-4 (e-libro)

Todos los derechos reservados

Diseño de cubierta: Sergio Andrés Yepes S.

Fotos de cubierta: Santiago Aguirre S.

Coordinación editorial: María Teresa Barajas S.

Edición: Francisco J. Yepes

Diagramación: Mayol Ediciones S.A.

Impreso en Colombia - Printed in Colombia

Contenido

Acrónimos	vii
Equipo de investigación	ix
Agradecimientos	xi
Introducción	xiii
 Capítulo 1	
Aspectos conceptuales y metodológicos	1
Aspectos conceptuales	3
Aspectos metodológicos	8
 Capítulo 2	
La reforma colombiana de la salud	13
El contexto de la reforma de 1993	13
La reforma colombiana de la seguridad social en salud	15
Fundamentos teóricos de la reforma de 1993	19
 Capítulo 3	
Los resultados de la reforma: evidencias disponibles	27
Las preguntas originadas en el modelo teórico de la Ley 100	27
Lo positivo y lo negativo de la reforma	51
Los problemas estructurales y coyunturales	58

Capítulo 4

Interpretación de los resultados y recomendaciones de acción	63
Interpretación de los resultados	64
Las posibles soluciones	68
Propuestas para el fortalecimiento del sistema actual	69
Hacia un nuevo sistema	72
 Referencias	 73
 Anexos	 85
1 Bibliometría	87
2 Publicaciones en la base de datos del estudio	119
3 Resumen de estudios incorporados en el análisis	153
• Estudios cuantitativos	153
• Estudios cualitativos	169
• Estudios mixtos	174
4 Editoriales de <i>El Tiempo</i>	179

Acrónimos

ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Assalud	Asociación Colombiana de la Salud
CEDE	Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico
Cendex	Centro de Proyectos para el Desarrollo
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Conpes	Consejo de Política Económica y Social
CRES	Comisión Reguladora de Salud
ECAT	Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Trabajo del FOSYGA
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
Fedesarud	Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social
Fedesarrollo	Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
POS	Paquete Obligatorio de Servicios
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
UPC	Unidad de Pago por Capitación

This page intentionally left blank

Equipo de investigación

Directores de proyecto

Francisco J. Yepes, MD, MSP, MSc. Dr. PH. director (Assalud)
Manuel Ramírez, Ing. Civ. MA. PhD. codirector (U. del Rosario)

Asociación Colombiana de la Salud, Assalud

Luz Helena Sánchez, MD, MPH, investigadora senior
Iván Jaramillo, CP, MAP, consultor
Marta Lucía Ramírez, psicóloga, investigadora asociada
(febrero de 2004 hasta marzo de 2005 y agosto de 2007 en adelante)
Diego Guarín, MD, MSP, asistente de Investigación
(marzo a diciembre de 2005)
Zayda Ardila, comunicadora, politóloga, asistente de Investigación
(abril de 2005 a enero de 2007)
Melva Hernández, bibliotecóloga
Beatriz Romero, coordinadora logística

Facultad de Economía, Universidad del Rosario

Andrés Zambrano, economista, M. Ec, asistente de Investigación
(hasta enero de 2007)
Claudio Karl, economista, M. Ec, asistente de Investigación
(febrero de 2005 a agosto de 2006)
Juan Diego Misas, antropólogo, asistente de Investigación
(desde febrero de 2007)

Evaluación externa

Jairo Humberto Restrepo, economista, M. Gob.

Asesoría

Slim Haddad, MD, PhD, Universidad de Montreal

Revisión de pares

Los siguientes pares académicos revisaron, en forma independiente, una versión preliminar del documento sin sus anexos. La presente versión se ha enriquecido de sus críticas, comentarios y recomendaciones, pero toda la responsabilidad por lo que se dice y lo que se omite es de los autores.

Celia Almeida, MD, MPH, PhD

Gabriel Carrasquilla, MD, PhD

Ligia de Salazar, PhD

Antonio Ugalde, PhD

Agradecimientos

El proyecto que dio origen a este libro fue financiado por el grant 104627-001 del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), programa GEH. Fue desarrollado conjuntamente por la Asociación Colombiana de la Salud, Assalud y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario y contó con la asesoría del profesor Slim Haddad de la Universidad de Montreal.

Le damos nuestro reconocimiento a Melva Hernández, bibliotecóloga, por la construcción de la base de datos; a Sergio Calderón de la OPS/OMS por su apoyo para la utilización de la plataforma Winisis; a Beatriz Romero por su labor como coordinadora logística y a José Fernando Orduz por su apoyo en la evaluación de la literatura seleccionada.

A Miguel Eduardo Cárdenas y a los miembros de la Mesa de Trabajo por las Reformas Sociales que Colombia necesita, así como a los miembros del grupo de macropolíticas por su participación. A los parlamentarios que colaboraron en diferentes fases del proyecto, en particular a los senadores Luis Carlos Avellana, Eduardo Benítez, Dilian Francisca Toro y al representante Carlos Ignacio Cuervo.

Agradecemos al grupo de expertos nacionales que participaron en una revisión preliminar de los hallazgos de este estudio, así como a los cuatro pares nacionales e internacionales que hicieron la revisión del borrador final de este trabajo. Igualmente los comentarios de Jaime Arias y Fredy Velandia al manuscrito.

La responsabilidad del texto es, sin embargo, exclusiva de los autores.

This page intentionally left blank

Introducción

En marzo de 2004 la Asociación Colombiana de la Salud, Assalud, y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario iniciaron un proyecto llamado Gobernanza y decisiones basadas en la evidencia: un proceso participativo de formación de políticas públicas, que buscaba contribuir a la gobernanza en salud en Colombia, apoyando la formulación de políticas públicas de salud, fundamentadas en evidencia y con participación ciudadana.

Dicho proyecto se basó en tres pilares: participación de la sociedad civil, participación de decisores y obtención de la evidencia disponible. Los dos primeros pilares serán descritos en otras publicaciones. La presente publicación se centra en la búsqueda y análisis de la evidencia¹ disponible mediante una síntesis narrativa.

El documento consta de cuatro capítulos y cuatro anexos. En los antecedentes se plantean las razones que originaron el proyecto y nuestro posicionamiento acerca del concepto de gobernanza y de las políticas públicas. El capítulo 1 versa sobre los aspectos conceptuales y metodológicos, el capítulo 2 se refiere al contexto y características de la reforma colombiana de la salud, el capítulo 3 presenta los resultados de la reforma y las evidencias disponibles sobre los mismos, y el capítulo 4 plantea la discusión acerca de los resultados y unas recomendaciones para la acción.

Los anexos presentan material técnico de soporte. Un análisis bibliométrico de las publicaciones identificadas, la lista de dichas publicaciones, a partir de la cual se hizo la selección para el estudio, la matriz de análisis de las publicaciones seleccionadas, y editoriales de prensa sobre la problemática de la salud.

¹ El concepto de evidencia es ampliamente debatido y se presta a múltiples interpretaciones. En el marco conceptual de este documento planteamos nuestra posición.

Antecedentes

¿Por qué este proyecto?

Este proyecto, diseñado y ejecutado por la Asociación Colombiana de la Salud y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario y financiado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, IDRC, surge del interés y la necesidad de disponer de una base de información confiable que permita aproximarse a una comprensión lo más integral posible de la manera como la más ambiciosa reforma del sector salud en la historia del país² está funcionando y los resultados que está produciendo.

Su propósito, contribuir a mejorar la gobernanza en salud en Colombia, mediante el suministro de información sólida y no sesgada, a decisores, formuladores de política y sociedad civil, con miras a formular políticas públicas saludables al tiempo que se promueve el debate sobre una política que ha producido un cambio significativo en el sector y se genera conciencia sobre la necesidad de garantizar plena transparencia en el campo de las políticas públicas.

Entendemos la gobernanza (gobernabilidad) como el conjunto de procesos colectivos mediante los cuales en una sociedad se toman decisiones y se elaboran normas sociales en relación con asuntos públicos. La toma de decisiones ante intereses diferentes o conflictivos debería ser apoyada, en lo posible, en la mejor información disponible (evidencia) y con plena transparencia.

A pesar de la multiplicidad de estudios, la reforma cuya implantación se inició en enero de 1995, no cuenta hasta la fecha con un estudio integral³, que dé cuenta de sus efectos y resultados, que sirva de base para que políticos y decisores orienten los procesos de toma de decisiones y de formulación de políticas y para que la comunidad tenga un conocimiento razonable de lo que la reforma le está aportando.

Existen múltiples estudios que enfocan aspectos particulares de la misma con énfasis en el aseguramiento y el financiamiento, pero hasta ahora no se había hecho un esfuerzo por obtener una mirada de conjunto que trate de utilizar al máximo la información disponible. Este estudio es un primer intento en la identificación, clasificación y revisión exhaustiva de la literatura disponible y de incorporar los hallazgos científicos con otros tipos de información, con miras a aportar a una visión de conjunto de la reforma, que minimice sesgos.

² En los años setenta se había dado la reforma que creó el Sistema Nacional de Salud que trató de unificar la gestión del sistema de salud a través de una serie de subsistemas comunes (planeación, información, recursos humanos, etc.) y en los noventa la descentralización que municipalizó los servicios de salud.

³ La dispersión de los mismos dificulta una visión de conjunto y conduce a lecturas parciales que pueden conducir a interpretaciones erróneas.

Por lo demás, ha sido una reforma altamente controvertida que suscita posiciones extremas a su favor y en contra, y en la cual hay importantes intereses en juego, lo que genera un ambiente en donde el debate académico se dificulta.

El gobierno y algunos investigadores se han centrado alrededor de los logros en cobertura del aseguramiento y en los avances en equidad del aseguramiento, pero hay una tendencia preocupante a soslayar una serie de signos de alarma que han ido apareciendo en relación con el acceso a los servicios (equidad en el acceso), con la calidad de los mismos y con los resultados en salud.

Algunos de los críticos, por su lado, se centran en los resultados negativos que ha tenido la reforma, sin aceptar sus logros. Por otra parte, aparece una contradicción creciente entre el derecho a la salud favorecido por la Constitución y la capacidad económica de satisfacerlo plenamente. Finalmente, el incremento significativo de los recursos contrasta con las dificultades que aparecen en su flujo y con los resultados observados en salud.

Además, son numerosas las manifestaciones de inconformidad de múltiples actores (hospitales, profesionales de la salud, usuarios) ante diversos aspectos de la reforma, y ha sido amplia la cobertura que los medios le han dado tanto a nivel noticioso como editorial (*ver* anexo 5.4).

El grupo investigador asumió el compromiso de adelantar un estudio no sesgado, que recogiese la información disponible, tanto de lo positivo de la reforma como de lo negativo. Assalud y la Universidad del Rosario iniciaron la búsqueda de apoyo financiero en el país (Colciencias) durante 2002 y 2003, con la perspectiva de realizar el estudio de la primera década de la reforma, sin resultados positivos. A finales de 2003 obtuvieron el apoyo del IDRC, lo que permitió el inicio de la investigación en marzo de 2004. El apoyo inicial del IDRC fue ampliado en 2007 con el fin de consolidar el análisis de la información.

De la gobernanza y las políticas públicas

Aunque la gobernanza también se entiende aplicada a la administración de lo privado, en nuestro caso la entendemos aplicada a la administración de *lo público* que por fuerza tiene que ver con los procesos de formulación, aplicación y evaluación de políticas públicas. Dado su carácter, estas políticas deberían producir *valor público*⁴ y estar sometidas al escrutinio público mediante procesos de rendición de cuentas de total transparencia (*accountability*).

Sin desconocer el papel que juegan los diferentes valores, intereses e ideologías en la formulación de políticas, es necesario que en dichos procesos se busque una participación informada de los diversos actores y que la información con que cuenten sea de la mayor calidad posible. El equilibrio informativo entre los diversos tipos de actores requiere el establecimiento de mecanismos que

⁴ Entendemos como valor público aquel que es relevante para todos los ciudadanos y disfrutado colectiva y no individualmente (Kelly, Mulgan y Muers S., 2003).

garanticen transparencia en términos de disponibilidad pública y sin barreras de acceso, a toda la información relevante.

La construcción de la gobernabilidad, por tanto, implica la producción de información de calidad, no sesgada y de libre acceso y difusión a todos los actores, así como su activa participación; la comunidad científica tiene una responsabilidad central en la producción de dicha información, en su análisis y difusión a todos los actores sociales.

En nuestro caso, la síntesis narrativa realizada pretende contribuir a la gobernanza en salud en Colombia, mediante el acopio y selección crítica de la información disponible con miras a ponerla a disposición de todos los actores para alimentar su participación informada en los procesos de formulación de políticas de salud. Es un proceso tendiente a garantizar que las políticas públicas realmente produzcan valor público (*ver* diagrama 1).

Este estudio pretende identificar la máxima cantidad posible de información con un razonable nivel de calidad que permita caracterizar el desempeño del actual sistema, identificar sus principales fortalezas y debilidades y, a partir de éstas, sugerir líneas de acción orientadas a buscar soluciones.



Diagrama 1
El proceso de la buena gobernanza

Aspectos conceptuales y metodológicos

Aspectos conceptuales

El proyecto que ha dado origen al presente trabajo se ha llamado *Gobernanza y decisiones basadas en la evidencia: un proceso participativo de formación de políticas públicas*. El proyecto busca contribuir a la gobernanza en salud, apoyando la formulación de políticas públicas de salud, fundamentadas en evidencia y con participación ciudadana.

Las políticas públicas

Son múltiples las definiciones disponibles de lo que son las políticas públicas, pero en general habría un consenso en que se refieren a acciones del Estado y los gobiernos y que se orientan al bien común.

Igualmente existen numerosas clasificaciones de las políticas públicas. Carlos Salazar (2008, p. 64) presenta once de estas. Según el enfoque (estructuralistas o neomarxistas), el campo de acción (sociales o económicas), la finalidad (promocionales o correctivas), la procedencia (endógenas o exógenas), el nivel de formación (explícitas o implícitas), el ámbito de actuación (local, regional, nacional, supranacional), el carácter (cuantitativa o cualitativa), la relevancia de sus fines (primarias, secundarias o terciarias), el objeto (específicas o instrumentales), el grado de coerción (reglamentarias, distributivas, redistributivas o de infraestructura) y el tipo de respuesta (positivas o negativas).

Son definidas como aquellas políticas desarrolladas por agentes gubernamentales y oficiales, enfocadas a la utilidad común (Walt, Gil 1994), o como *Procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el Estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular* (Molina y Cabrera, 2008, p. 5).

En resumen, las políticas públicas son consideradas como puntos de encuentro entre gobernantes y gobernados, entre necesidades y alternativas de

solución y se supone que su objeto es un asunto de interés público. Los asuntos no son públicos por ser estatales, sino por comprometer intereses colectivos.

Las políticas públicas deben garantizar que los recursos son utilizados con eficiencia, tanto técnica como distribucional, para satisfacer las preferencias del público (Kelly, Mulgan y Muers 2003). Una de nuestras suposiciones básicas es que la buena gobernanza debe conducir a la producción de “Valor público”. El concepto de “Valor público” por lo demás, está íntimamente ligado al de rendición de cuentas, procedimiento que para ser válido requiere del ejercicio de la transparencia, de la disponibilidad de información pública confiable y de participación ciudadana informada y responsable.

Por otra parte, la formulación de políticas que conduzcan a la asignación de recursos con criterios de eficiencia técnica y distribucional requiere del uso de evidencia científica que oriente la definición de prioridades de asignación, pero además debe considerar los valores de la población. Las decisiones tomadas por los políticos usualmente están más influenciadas por estos últimos que por la evidencia (Muir Gray 2004).

Sin embargo, el proceso de formulación de políticas es complejo y sujeto a diversos análisis. Los incrementalistas (Lindblom 1959 citado por Walt y Gilson 1994) quienes reconocen que se da un proceso de negociación entre los diferentes grupos de interés, y los racionalistas más abstractos tratan de los valores y cómo se debería conducir la formulación de políticas con una posición más prescriptiva (Simon 1957 citado por Walt y Gilson 1994).

Por su parte Walt y Gilson (1994) tratan de avanzar sobre estos enfoques y proponen que el proceso de formulación de políticas no se desarrolla en un vacío y va más allá de la prescripción y la descripción; es el resultado de complejas interacciones sociales, políticas y económicas. Ellos proponen un modelo para el análisis de las políticas de salud que contempla la interacción de los diversos actores como individuos y como miembros de diferentes grupos, con factores contextuales, de proceso y de contenido y enfatizan la importancia de ir más allá del contenido de las políticas y considerar la influencia de los otros tres factores.

Las políticas públicas deben entenderse en forma amplia como cursos de acción, lo que incluye la no acción voluntaria (Salazar 2008, p. 46). Según Pålumbo (citado por Salazar p. 56) *una política es como un blanco móvil; no es algo que pueda ser observado, tocado o sentido. Tiene que ser inferido de una serie de acciones y comportamientos intencionales de las muchas agencias gubernamentales y de los funcionarios involucrados en la realización de las políticas a lo largo del tiempo.*

Las políticas basadas en la evidencia

El concepto de políticas basadas en la evidencia proviene de la práctica de la medicina basada en la evidencia, movimiento iniciado por Archie Cochrane a partir de su crítica a la práctica médica (Cochrane 1972). Posteriormente, en 1993, se fundó la colaboración Cochrane como un esfuerzo organizado para

extender la práctica de la medicina basada en la evidencia y aumentar y mejorar el acopio de evidencias sobre las intervenciones médicas. Este ejemplo fue seguido en 2000 por la colaboración Campbell para las ciencias sociales.

En la formulación de políticas, sin embargo, la evidencia disponible es de carácter diferente a la medicina (informes de ensayos clínicos controlados y al azar); en las ciencias sociales es necesario recurrir a estudios observacionales, descriptivos y al análisis de la literatura sobre intervenciones de políticas (Kemmm 2006). Además, en los procesos de formulación de políticas se acude usualmente a la información coloquial (no científica) basada en valores, ideologías, intereses, posicionamientos políticos (Canadian Health Services Research Foundation 2005, Canadian Health Services Research Foundation 2006).

El tener comunidades como unidades de intervención en vez de individuos hace difícil el diseño de estudios experimentales y necesario acceder a búsquedas sistemáticas; pero aun éstas pueden ser restrictivas y tener que ser complementadas con juicios de expertos, lo cual conduce a una interpretación diferente de lo que se entiende como “fundamentado en la evidencia” cuando se aplica a políticas públicas y a salud pública (Kemmm 2006).

Al hablar de “evidencia” en el proceso de formulación de políticas es necesario tener en cuenta otra serie de aspectos. Para Poper las políticas en sus fines y en sus medios no pueden basarse en conocimientos de validez absoluta, las sociedades democráticas implican decisiones de naturaleza abierta, experimental y autocorrectiva. Para Lindblom “existe un profundo conflicto en las actitudes normales hacia la formulación de políticas públicas. Por un lado, la gente quiere que las políticas estén bien informadas y sean analizadas. Por otro, se quiere que sean democráticas y necesariamente políticas. Que sean más científicas, pero que permanezcan en el mundo de la política” (Lindblom 1991, citado por Delgado 2002). El contexto de la formulación de políticas (*policy making*) es altamente político, rápidamente cambiante y depende de una variedad de factores, insumos y relaciones (Bowen y Zwi 2005).

Bardach (2000) citado por Almeida y Báscolo (2006) dice que según la teoría de análisis de políticas, la evidencia es información que afecta las creencias existentes de personas importantes sobre los aspectos significativos del problema en estudio y cómo se puede resolver o mitigar.

Utilizar la evidencia científica en la cotidianeidad de la toma de decisiones, no es algo fácil ni usual. En estos procesos se acude usualmente al buen juicio de los decisores, a responder a los intereses de ciertos grupos con más poder, al instinto político, a las posiciones ideológicas, a los valores, etc.

El concepto mismo de evidencia está sujeto a discusiones epistemológicas que exceden las pretensiones de este trabajo. Nos referimos entonces a diversos tipos de información obtenidos con mayor o menor rigor metodológico y a su relacionamiento en una forma sistemática que permita establecer su mayor o menor solidez.

La mayoría de los decisores ve la evidencia coloquialmente, como algo que establece un hecho o da razón para creer en algo y la definen por su relevancia, en tanto que la mayoría de los investigadores ven la evidencia científicamente, producida

por métodos sistemáticos y replicables y la definen por su metodología. (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuLey y Law 2005)

La evidencia científica ha estado en el ámbito de los científicos, quienes se comunican entre ellos a través de las publicaciones científicas que no son de acceso al público general. Su impacto se ha medido tradicionalmente por el número de publicaciones científicas en revistas con revisión por pares y en el número de citaciones. Pero hay hoy la necesidad de trascender este marco de las publicaciones científicas, de la revisión por pares y el conteo de citaciones (Hovland 2007).

Más allá del impacto académico es necesario avanzar hacia el impacto no académico, que algunos llaman instrumental cuando influencia cambios en prácticas, políticas y comportamientos o conceptual cuando cambia el conocimiento, las actitudes y la comprensión de la gente (Davies, NutLey y Walter, 2005 citado por Hovland 2007).

La Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF, contempla tres clases de evidencia a tener en cuenta en la formulación de políticas:

- La evidencia científica libre de contexto (*context free*) como aquella que proviene de los ensayos clínicos al azar (RCT).
- La evidencia científica sensible al contexto (*context sensitive*) como la que proviene de las ciencias sociales. Estas dos se consideran como extremos de un continuo.
- Por otra parte, la evidencia coloquial⁵ que representan las fuentes no científicas de información que los decisores a menudo llaman evidencia y que muchos científicos no aceptan llamar evidencia (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuLey y Law, 2005, Canadian Health Services Research Foundation 2006).

Sin embargo, ya la misma clasificación de evidencia científica libre de contexto y sensible al contexto es discutible. El contexto es fundamental en las ciencias sociales y puede alterar completamente el resultado de una intervención que puede ser exitosa en un contexto y no serlo en otro. Si bien en la medicina y en particular en los RCT (ensayos clínicos al azar) se habla de controlar el contexto y de obtener resultados de aplicabilidad universal, es indudable que hay también elementos contextuales (*ej.* el estrés).

Es importante poner al alcance de los decisores, evidencia que sea relevante para la formulación de las políticas. Esto implica, por una parte, que los cien-

⁵ No hay acuerdo sobre el uso del término "evidencia coloquial" y algunos preferirían que se hablara de conocimiento coloquial (Canadian Health Services Research Foundation, 2006). La evidencia coloquial, de particular relevancia en la formulación y evaluación de políticas, tiene que ver con elementos contextuales como los valores, las consideraciones operacionales prácticas (recursos, experiencia profesional, hábitos y tradiciones) y los intereses (Canadian Health Services Research Foundation, 2005). Nosotros estamos llamando evidencia coloquial aquella evidencia no científica proveniente de las publicaciones de prensa, de los organismos de control y de los órganos judiciales.

tíficos investiguen sobre temas relevantes para la formulación de políticas y, por otra, que pongan los resultados de sus investigaciones al alcance de los decisores.

Sin embargo, cómo traducir los resultados de la investigación en la formulación de políticas es algo sobre lo que no hay plena claridad y es un campo abierto a debate. Por una parte, tiene que ver con la relación entre la investigación y la formulación de políticas y, por otra, con el proceso mismo de formulación de políticas.

En la práctica se han desarrollado dos modelos, el de oferta y el de demanda. En el primero los investigadores toman la iniciativa y desarrollan investigación que consideran prioritaria, y luego tratan de comunicar sus resultados a los decisores. En el segundo son éstos los que, de acuerdo con las prioridades establecidas, realizan llamados (convocatorias) para investigación. En este segundo modelo se supone que los resultados han de ser más fácilmente aplicados por los decisores.

Almeida y Báscolo (2006) citan a Trostle y otros (1999) que resumen en tres los enfoques como los resultados de investigación se pueden aplicar en la formulación de políticas: 1) El enfoque racional según el cual el proceso político es esencialmente racional y los resultados de investigación se utilizan cuando existen, y se solicitan cuando se requieren. 2) El enfoque estratégico que mira la investigación como una munición que apoya o critica ciertas posiciones, acelerando o retardando la acción política, y 3) El enfoque iluminador o de difusión que enfatiza que tanto la investigación como el proceso de formulación de políticas suceden en paralelo con otro sinnúmero de procesos sociales, y por tanto juegan diversos roles.

Los procesos de formación de políticas y de toma de decisiones, por otra parte, no son procesos lineales, racionales, ni ordenados. Los científicos sociales han formulado numerosos modelos tratando de explicar el proceso de formación de políticas (Walt 1994; Sutton 1999) y algunos hablan de “un caos de propósitos y accidentes” (Hovland 2007).

Almeida y Báscolo (2006) identifican siete barreras que obstruyen o dificultan la utilización de la investigación en la formulación de políticas sobre las cuales hay algún grado de consenso:

1. Problemas ideológicos y falta de voluntad política.
2. La brecha histórica entre investigadores, decisores (*policy makers*), prestadores de servicios, administradores, etc. (mutuo desdén intelectual).
3. Incertidumbre debido a divergencias entre investigadores.
4. Diferentes concepciones de riesgo a nivel individual y colectivo.
5. Interferencia de los medios de comunicación que puede confundir al publicar resultados en forma inadecuada o explotar divergencias en vez de clarificarlas.
6. Mercadeo y circulación de la investigación: lenguaje impenetrable, publicaciones de circulación restringida.
7. Cronogramas de la investigación que no coinciden con el proceso de formulación de políticas.

Bowen y Zwi (2005) proponen un marco de acción para facilitar el uso de la evidencia en salud el cual llaman “un sendero (*pathway*) para la política basada en la evidencia y la práctica”. Ellos plantean tres etapas: buscar la evidencia, usar la evidencia e implementarla en un proceso de adoptar, adaptar y actuar.

Hanney, González-Block, Buxton y Kogan (2003) identifican seis modelos de utilización de la investigación en formulación de políticas (*policy making*) que van desde modelos clásicos lineales, a modelos de solución de problemas, de interacción social, de sedimentación gradual, modelos políticos y modelos tácticos.

La contribución potencial de la investigación a la formulación de políticas tiene menos que ver con ofrecer soluciones definitivas al problema en debate y más con mejorar la calidad de los términos del debate. La habilidad para cambiar la naturaleza del debate público sobre un tema en particular es una forma importante de poder, porque confrontar ideas, propuestas e intereses es una fuerza importante para cambiar el balance de poder entre varios grupos en competencia (Brown 1991 citado por Almeida y Báscolo 2006).

La producción de la evidencia

La síntesis de evidencia es un procedimiento para identificar y analizar la evidencia disponible acerca de un problema en particular. Es un campo relativamente nuevo en el cual se están dando importantes avances, aunque los métodos siguen siendo “subdesarrollados y subevaluados” (Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young y Sutton 2005).

En un momento en el cual la evidencia está disponible en numerosos documentos publicados y dispersos en múltiples revistas científicas y documentos técnicos, el desarrollo de diferentes métodos de síntesis de evidencia es particularmente importante y útil para poner la información al alcance de sus eventuales usuarios.

Se habla de revisiones sistemáticas para diferenciarlas de las revisiones bibliográficas tradicionales, porque se toman precauciones para evitar conclusiones sesgadas o desorientadoras. Para eso las búsquedas deben ser exhaustivas, con criterios explícitos, con inclusión de información publicada y no publicada para evitar el sesgo de publicación, establecer la validez y confiabilidad de las investigaciones, y las conclusiones basadas sólo en los hallazgos de las investigaciones revisadas. En este sentido las revisiones sistemáticas se consideran similares a la investigación primaria (Harden y Thomas 2005).

Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young y Sutton (2005) distinguen entre síntesis integrativas e interpretativas. De las primeras dicen que “combinan o amalgaman datos y requieren comparabilidad entre los fenómenos que se estudian de tal manera que los datos se puedan agregar”. Plantean la necesidad de no confundirlos con positivismo o con estudios cuantitativos. Las síntesis integrativas pretenden resumir datos en aquellos casos en los cuales los conceptos o las variables son seguros y están bien especificados.

Por otra parte, sugieren que las síntesis interpretativas “se preocupan por el desarrollo de conceptos y con el desarrollo y la especificación de las teorías que los integran”. Su principal producto no es la agregación de datos sino la teoría.

Ellos agrupan entre las síntesis interpretativas, las síntesis narrativas, la teoría fundada, la meta etnografía, la meta síntesis, la síntesis realista y las técnicas de análisis de datos de Miles y Huberman. Entre las integrativas ubican el análisis de contenido, la encuesta de caso, el análisis cualitativo comparativo y el meta análisis bayesiano.

Mays y colaboradores identifican cuatro enfoques para la síntesis de evidencia: las síntesis narrativas, las síntesis cualitativas, las cuantitativas y el meta análisis bayesiano (Mays, Pope y Popay 2005).

Las síntesis cualitativas convierten toda la evidencia en forma cualitativa, los cuantitativos cuantifican toda la información mediante diferentes técnicas, el meta análisis bayesiano y el análisis de decisiones también transforman cuantitativamente la información cualitativa.

Los enfoques narrativos “resumen, comparan, explican e interpretan” la evidencia relevante, de toda clase, en una pregunta en particular. Aspectos centrales a tener en cuenta en las síntesis narrativas son los de transparencia y sesgo potencial que pueden conducir a conclusiones no confiables.

Se identifican dos tipos de síntesis narrativa: la *síntesis realista* y la propiamente *narrativa*. Esta última se plantea con seis etapas iterativas (no lineales) (Popay, Roberts, Sowden, Petticrew, Arai y otros 2006).

1. Identificar el foco de la revisión y buscar y mapear la bibliografía.
2. Especificar las preguntas de la revisión.
3. Seleccionar los estudios a revisar.
4. Extraer los datos y evaluar la calidad.
5. Hacer la síntesis.
6. Reportar los hallazgos y diseminarlos.

La síntesis narrativa en particular ha sido recomendada para aquellas situaciones en las cuales la revisión incluye estudios cuantitativos y cualitativos, y se refiere a situaciones complejas. Es aceptada como más flexible y transparente porque permite el uso de evidencia proveniente y no proveniente de investigación y porque adopta un proceso formal para tratar sesgos potenciales que surgen de decisiones sobre qué estudios se incluyen y cuáles no (Mays y otros 2005). Utiliza cuatro elementos:

1. Herramientas y técnicas para desarrollar una teoría de cambio.
2. Herramientas y técnicas para desarrollar una síntesis preliminar.
3. Herramientas y técnicas para explorar relaciones.
4. Herramientas y técnicas para evaluar la solidez de la síntesis (Popay y otros 2006).

En el caso de la reforma colombiana que constituye una situación de alta complejidad, los estudios encontrados fueron tanto cualitativos como cuan-

titativos y mixtos, y se hizo un esfuerzo importante por ir más allá de las publicaciones indexadas e incluir reportes técnicos y otro tipo de literatura gris.

Aspectos metodológicos

La búsqueda de la información

El estudio se dirigió a buscar la evidencia disponible que permitiese caracterizar el desempeño de la reforma colombiana de la salud; cuál ha sido su desarrollo y qué tanto se ha avanzado en el logro de sus objetivos explícitos de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y calidad.

La evidencia científica se obtuvo mediante una síntesis de investigación⁶ para lo cual se realizó una amplia búsqueda de las publicaciones sobre la reforma, en la literatura indexada nacional e internacional, en las publicaciones no indexadas de salud colombianas y en la literatura gris⁷ entre 1996 y 2008.⁸ En total, después de varios procesos de revisión y selección se construyó una base de datos con 459 referencias a partir de las cuales se hizo la selección de las publicaciones utilizadas para este estudio. El análisis se restringió a las publicaciones realizadas a partir de 2000 con el criterio de que publicaciones anteriores se estarían refiriendo a situaciones no necesariamente vigentes.

Se incluyeron los siguientes tipos de publicaciones: (*ver anexo 2*)

- *Textos publicados en revistas*: textos en revistas nacionales y extranjeras que hablen sobre la reforma en salud, estos textos son: a) Reportes de investigación b) Ensayos, c) Editoriales y d) Memorias de seminarios, congresos, reuniones etc.
- *Libros*: libros publicados con reportes de: a) investigaciones, b) ensayos y c) memorias sobre el tema.
- *Literatura gris seriada*: documentos de trabajos publicados sobre: a) reportes de investigación o b) ensayos sobre el tema.
- *Literatura gris no seriada*: a) informes de investigación, b) ensayos, c) documentos técnicos y d) tesis que no han sido publicadas en una serie.

⁶ Síntesis de investigación es un proceso sistemático y organizado mediante el cual se hace una búsqueda de la literatura científica pertinente sobre un problema en particular, se evalúa y se analiza.

⁷ El término literatura gris (*gray literature*) es utilizado para referirse a una serie de publicaciones que no están disponibles a través de los canales comerciales habituales, lo que hace difícil su acceso y que usualmente tienen un tiraje limitado. Es el caso de tesis doctorales, informes técnicos, memorias de congresos.

⁸ Las publicaciones que aparecen referenciadas en 2009 corresponden a publicaciones hechas a principios de este año, cuyas versiones preliminares habían sido facilitadas previamente por sus autores al equipo investigador.

Una vez revisada, depurada y actualizada la base de datos se obtuvieron las publicaciones en pdf siempre que esto fue posible, o en material impreso. Una revisión preliminar permitió preseleccionar aquellas relevantes, con las cuales se construyó una matriz de análisis con miras a sistematizar y estandarizar la revisión documental, la que se hizo en forma separada para estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos. Para cada estudio se analizó la solidez del diseño y análisis, así como la vigencia y pertinencia de los hallazgos y conclusiones. Este proceso fue realizado en forma sucesiva por tres diferentes investigadores. La selección se hizo con base en la pertinencia del estudio, de la actualidad de la información y de la calidad de la misma.

Los estudios seleccionados lo fueron siempre que su metodología cuantitativa o cualitativa fuese explícita y sólida y su análisis coherente. Se calificaron como "A" los estudios cuantitativos de orden nacional y los cualitativos con cobertura de más de dos regiones del país, y como "B" los estudios cuantitativos y cualitativos de orden local o regional. Aquellos estudios cuya metodología no era explícita o no era sólida no se seleccionaron. Tampoco se incluyeron ensayos o ponencias que no utilizan datos de investigación.

El anexo 3 lista en orden cronológico, a partir de 2009, las publicaciones incorporadas en la base de datos, y para aquellas fechadas a partir de 2000 diferencia las seleccionadas de las no seleccionadas.

La evidencia coloquial se fundamentó esencialmente en publicaciones de prensa y de diferentes organismos de control u organismos judiciales.

¿Por qué una síntesis narrativa?

La selección de la síntesis narrativa como el método para esta síntesis de investigación obedeció a la clase de evidencia disponible. Dada la complejidad de la evidencia recolectada, la multiplicidad de metodologías de investigación utilizadas (cuantitativas, cualitativas, mixtas), se utilizó la síntesis narrativa como método de análisis (Popay y otros 2006).

De hecho, los estudios utilizables son numerosos y heterogéneos, manejan diversas metodologías, y estudian diferentes aspectos de la reforma, en distintas partes del país y con diversos grupos de población. El producto de la síntesis narrativa puede ser una clarificación teórica o un nuevo modelo que ayuda a entender los mecanismos en que subyacen los resultados reportados (Popay y otros 2006).

La búsqueda de evidencia

Para la búsqueda de evidencia se tomó como punto de partida 1996, en la expectativa de que a partir del primer año de implantación hubiese algunas publicaciones disponibles. Se han tomado estudios publicados durante todo el período, pero el análisis se ha concentrado en el período 2000-2008 en el entendido de que la los estudios anteriores a 2000 ya pueden haber perdido vigencia.

La búsqueda se realizó mediante un conjunto de estrategias que incluyeron la consulta a diversas bases de datos (Medline, Lilacs, Scielo, Hinari, Scopus, Jestor, ProQuest y Elsevier), a las bibliotecas de universidades colombianas (Andes, Javeriana, Rosario, Nacional, Antioquia, Valle, Bosque, Externado), de centros de investigación (Assalud, Fedesalud, Fedesarrollo, CEDE), del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud, del Departamento Nacional de Planeación, de la Academia Nacional de Medicina, y de la OPS/OMS; a las páginas web de Cendex y Fundación Corona, y a investigadores nacionales.

La anterior búsqueda se complementó mediante la identificación de referencias pertinentes en la bibliografía seleccionada (*snowballing*). Se seleccionaron tanto resultados de investigación publicados en revistas científicas con revisión de pares, como literatura gris publicada por instituciones conocidas y de trayectoria investigativa y ensayos relevantes.

En forma adicional el grupo realizó investigaciones complementarias con la finalidad de actualizar análisis hechos con anterioridad (Yepes, Ramírez, Cano y Bustamante 2007), de profundizar en el análisis de las Encuestas de Calidad de Vida desde la perspectiva de salud (Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra y Rivera 2008) y de desarrollar un modelo de equilibrio general para análisis de políticas de salud.

Como evidencia coloquial se tuvieron en cuenta diversas publicaciones de prensa, en particular una serie de editoriales de *El Tiempo*, principal diario del país (anexo 4), y algunas publicaciones de órganos de control del Estado (Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la Nación).

La triangulación de resultados

Por triangulación de resultados entendemos cruzar los resultados de estudios que utilizan varias metodologías (cuantitativa, cualitativa, cuanticualitativa) y/o que fueron realizados por varios investigadores y/o que utilizan diferentes fuentes de datos, a fin de reforzar la confiabilidad de la información. En esta síntesis se realizó contrastando los resultados de investigaciones cuantitativas con los de investigaciones cualitativas o cuanticualitativas, o con datos administrativos estudiados por diferentes investigadores.

En algunos, fueron diferentes estudios sobre el mismo tema (tuberculosis, mortalidad materna, deterioro de la capacidad instalada en salud pública en los entes territoriales), y en otros, sobre temas relacionados cuyos hallazgos se asocian coherentemente como la mortalidad evitable por prevención primaria y las coberturas de vacunación, o la mortalidad por tuberculosis y el deterioro de los programas de control de la tuberculosis). Este proceso de triangulación mostró cómo diferentes investigadores con diversas metodologías encontraban hallazgos similares o cómo lo que encontraban era coherente con lo que habían hallado otros y reforzaba sus hallazgos (*ver* cuadro 4). En caso de presentarse un estudio con resultados diferentes, éste se anotó en forma separada.

Diseminación y contrastación de resultados

A partir de mediados de 2005 se elaboró un primer análisis de la información revisada hasta ese instante y se produjo un “Balance de pérdidas, ganancias y problemas” de las reformas de la salud en Colombia.

Este balance se presentó en primera instancia a dos grupos de la sociedad civil participantes en el proyecto y durante el segundo semestre de 2005 y el año 2006, a diversos grupos de la sociedad civil, organizaciones comunitarias, actores del sistema (aseguradores y prestadores de servicios), académicos, parlamentarios, directivos y técnicos del Ministerio de la Protección Social y de los servicios territoriales de salud en seis ciudades del país.

Se realizaron, una presentación inicial para los dos grupos de la sociedad civil que acompañaron el proyecto,⁹ seis foros regionales en Bogotá, Medellín, Cali, Tunja, Cartagena, Bucaramanga, un foro nacional en Bogotá, varias presentaciones para grupos de parlamentarios y para directivos y técnicos del Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, se solicitó una revisión de los análisis, por un grupo de pares nacionales, se hicieron presentaciones en eventos científicos nacionales e internacionales¹⁰ y en 2007 se publicó un documento basado en este análisis en el periódico *El Tiempo*.

Las diferentes presentaciones se utilizaron como un mecanismo de contrastación. Las críticas planteadas permitieron identificar aspectos de la información controvertidos por algunos actores, lo que orientó al equipo investigador para obtener información complementaria, bien mediante búsqueda de bibliografía adicional o mediante consulta a expertos.

⁹ Macropolíticas y la Mesa Nacional por las Reformas Sociales.

¹⁰ XI Congreso Mundial de Salud Pública, Río de Janeiro, agosto de 2006, Primer Congreso Colombiano de Investigación en Salud Pública, Bogotá, octubre de 2006.

This page intentionally left blank

La reforma colombiana de la salud

El contexto de la reforma de 1993

En Colombia, como producto de las políticas del “Estado benefactor” y con el objetivo de proteger la salud y garantizar las pensiones, se creó la Caja Nacional de Previsión Social en 1945 para los funcionarios públicos, el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales para los trabajadores privados al año siguiente y hacia los años sesenta el Ministerio de Salud Pública en reemplazo del Ministerio de Higiene. En los años setenta se configuró el “Sistema Nacional de Salud” el cual incorporó no sólo la red pública de servicios de salud sino a múltiples fundaciones y entidades de beneficencia de origen privado y clerical, creadas casi siempre en los siglos anteriores. En teoría el Ministerio ejercía rectoría sobre todas las instituciones incluyendo la seguridad social y los prestadores privados, aunque estas instituciones siempre se movieron con gran autonomía.

En los años ochenta las corrientes internacionales de “modernización del Estado” se hicieron presentes en el país en sus dos grandes campos: la descentralización territorial y la introducción del mercado en el manejo de los servicios públicos y sociales. Estas tendencias influyeron el diseño constitucional de 1991, combinando un *sui generis* modelo de Estado Social de Derecho con manejo descentralista y privatizador de la administración pública.¹¹

Para el caso de la salud, el artículo 49 de la nueva Constitución previó un sistema ampliamente descentralizado, y el artículo 48 definió el marco de la seguridad social (incluyendo las prestaciones de salud) bajo los principios de la universalidad, la solidaridad y la eficiencia, autorizando la desmonopolización y la competencia público-privada para su manejo. El ordenamiento constitucional resultante fue producto de una conciliación entre los propiciadores del Estado Social de Derecho con un profundo sentido de justicia social y el espíritu modernizador abiertamente defensor del mercado y la búsqueda de la eficiencia y la calidad como producto de la competencia. De otra parte, los artículos 356

¹¹ Coinciden con las iniciativas de Reagan y Thatcher orientadas a disminuir el tamaño del Estado y dar más juego a los mercados.

y 357 crearon un ambicioso sistema de transferencias intergubernamentales que se encargaría de financiar la ampliación de las coberturas de las políticas sociales, no sólo de la salud sino de la educación y otros servicios sociales.

Dentro del marco constitucional de 1991 y como desarrollo legal fueron expedidas las leyes sesenta de 1993 regulando con ella la financiación fiscal de la salud dentro de un ambiente de descentralización de competencias territoriales, y la 100 de 1993 que normativizó la financiación parafiscal y las reglas de juego del aseguramiento en salud dentro de un ambiente de competencia regulada público-privada.

Al momento de la aprobación de la Ley 100 de 1993, estaba en funcionamiento el Sistema Nacional de Salud, SNS, encabezado por el Ministerio de Salud como máximo ente normativo y segmentado en tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado. Es de observar que el Ministerio de Salud sólo ejercía una rectoría efectiva sobre el sector público.

El sector de la seguridad social con un manejo monopólico¹² y gran autonomía cubría al 23%, de la población a través de varias entidades públicas, de las cuales la mayor era el Instituto de los Seguros Sociales.¹³ Se estimaba que el sector privado en forma muy dispersa cubría un 10% de la población,¹⁴ pero hasta un 20% de la población podía no acceder a los servicios de salud y el resto era atendido por los hospitales públicos, las entidades sin ánimo de lucro y las cajas de compensación familiar.

El Sistema Nacional de Salud estaba altamente centralizado hasta 1990, año en el cual se aprobó la Ley que descentralizó el sector mediante una amplia transferencia de competencias y recursos a los entes municipales.¹⁵ No obstante, el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social habían mostrado ser unos mecanismos de protección de la salud inefectivos, inequitativos e ineficientes (Yepes 1990) demandando ante los constituyentes de 1991 una reforma inaplazable.

12 Los diferentes grupos poblacionales cubiertos por las instituciones de la seguridad social eran afiliados obligatorios de cada entidad. Desde este punto de vista estas eran monopólicas y sus afiliados eran poblaciones cautivas.

13 Estas instituciones se dirigían a diferentes grupos poblacionales (trabajadores, empleados del Gobierno Nacional y de los gobiernos departamentales, etc.). Su cobertura poblacional era fundamentalmente urbana y concentrada en la economía formal o en la burocracia del Estado.

14 Es difícil apreciar las coberturas existentes antes de la reforma porque los criterios son disímiles. Los Estudios Nacionales de Salud mostraron que esa cobertura era diferente dependiendo del tipo de servicio (consulta externa, hospitalización, inmunizaciones). La red hospitalaria pública cubría en algunos servicios hasta el 60% de la población y la red privada llegaba en consulta externa hasta el 40%, y en medicina prepagada sólo al 5% de la población, que se sobreponía en dobles coberturas con los dos sistemas anteriores.

15 Ley 10 de 1990. En realidad el proceso de descentralización de la salud se había iniciado desde la década anterior con la Ley 12 de 1986 y los decretos reglamentarios 77, 78 que descentralizaron la construcción de hospitales, centros y puestos de salud, mataderos, acueductos y transfirieron parte de los recursos del Impuesto al Valor Agregado, IVA, a los municipios.

La reforma colombiana de la seguridad social en salud

La Constitución de 1991 y su desarrollo en la Ley 100 de 1993 intentaron operativizar los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación, cambiando profundamente el sistema de salud colombiano y creando lo que se ha denominando un mercado regulado (Rodríguez-Monguió e Infante 2004), al cual se agregaron importantes componentes de solidaridad financiera ajenos al concepto clásico de mercado.

La aprobación de la Ley 100 (diciembre de 1993) creó un sistema desmonopolizado y de “competencia”¹⁶ entre aseguradores y prestadores. El inicio de su implantación (enero de 1995) coincidió con un momento en el cual el país avanzaba lentamente en el proceso de implantación de la descentralización.

La obligatoriedad constitucional de la universalización de la seguridad social se vio entonces instrumentada por la Ley que estableció dos regímenes; uno contributivo y uno subsidiado.

La seguridad social creada en 1945 y dirigida a quienes estaban bajo una relación laboral, vio ahora, en 1993, ampliada su cobertura a todo el grupo familiar del cotizante y a los trabajadores independientes que ganaban por lo menos un salario mínimo legal¹⁷ y en general a quienes tenían capacidad de pago. Este régimen autofinanciado con las contribuciones de los asegurados y de sus empleadores, no recibe aportes del gobierno. Hasta enero de 2007 la contribución obligatoria al seguro fue del 12% del ingreso básico del afiliado, y a partir de esa fecha se subió al 12,5%.¹⁸ Los empleadores aportan 8,5 y los empleados 4 en tanto que los trabajadores independientes deben aportar la totalidad del 12,5%.¹⁹ La Ley estableció que un punto porcentual de los 12 (es decir el 8,33% de la contribución) se transfiera al Régimen Subsidiado para ayudar a su financiamiento; a partir de la Ley 1122 de 2007 se aumentó a un punto y medio.

El régimen subsidiado fue producto del mandato constitucional de universalidad y de la teoría “modernizadora” que proponía la sustitución de los subsidios de oferta (asignaciones presupuestales a los hospitales) por los subsidios a la demanda (primas de origen fiscal manejadas por aseguradoras casi siempre privadas) dirigido a la población pobre. Este régimen financiado en un 47% con recursos provenientes de los ingresos corrientes de la nación y con las transferencias obligatorias del régimen contributivo, que aportan otro 34%, se

¹⁶ Ver más adelante las restricciones del modelo a la competencia.

¹⁷ Inicialmente era para quienes ganaban por lo menos dos salarios mínimos.

¹⁸ Esto implica que quienes tienen salarios menores aportan menos y son subsidiados por quienes tienen ingresos superiores, mientras todos reciben el mismo paquete de servicios (POS). Las aseguradoras, EPS, también reciben la misma cantidad de dinero, UPC.

¹⁹ Esto se constituye en una barrera para el acceso de los trabajadores independientes, en particular de los de bajos ingresos.

ve complementado con los recursos de los departamentos y municipios que aportan, en conjunto, el restante 19%.²⁰

El sistema se opera con dos instrumentos centrales:

- Un plan estandarizado de servicios de salud o Plan Obligatorio de Salud (POS) que debe ser ofrecido a todas las personas aseguradas.
- Una Unidad de Pago per cápita (UPC) que es reconocida a los aseguradores.

Tanto el monto de la UPC como el contenido del POS son establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el cual está compuesto por representantes de casi todos los actores del sistema (gobierno, aseguradores, prestadores, sindicatos, empleadores, pensionados).²¹

La UPC contributiva es un per cápita ajustado por edad y sexo que cumple las funciones propias de una “prima de seguro”. En cambio la UPC subsidiada no tiene este tipo de ajustes pero se le adiciona un porcentaje en zonas remotas.

Para garantizar la gestión del aseguramiento la Ley crea las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como nuevos actores que asumen la provisión del seguro de salud y la conformación de redes de servicios propias o contratadas, conformadas por Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas.

Las EPS también pueden ser públicas o privadas y éstas pueden ser con o sin ánimo de lucro. Son pagadas por capitación y deben ofrecer el mismo POS, según el tipo de régimen administrado. De esta manera se espera que los aseguradores compitan por calidad y eficiencia puesto que los servicios que ofrecen y la remuneración que reciben están regulados.

Aunque la ley explícitamente plantea la meta de ofrecer a toda la población el mismo POS, acepta un período de transición durante el cual el POS subsidiado es inferior al POS contributivo. En la actualidad el POS subsidiado cubre totalmente los eventos de primer y cuarto nivel de complejidad y sólo parcialmente un grupo de eventos de segundo y tercer nivel. La UPC subsidiada equivale aproximadamente a un 60% de la contributiva, y la UPC de los subsidios parciales²² equivale a un 42%,²³ no obstante la Corte Constitucional ha exigido que en

²⁰ Del total de recursos del régimen subsidiado el 19% proviene de los entes territoriales. Sin embargo, la contribución de éstos tiene grandes variaciones: los municipios más ricos de Antioquia aportan el 35% de su financiación, Arauca el 30%, Bogotá el 12% y municipios pobres como Sucre el 6,5% y Nariño el 5,3%.

²¹ A partir de los ajustes establecidos en 2007 (Ley 1122) estas funciones pasan a ser desempeñadas por un nuevo ente, la Comisión Reguladora de Salud, CRES, y el Consejo pasa a cumplir funciones meramente asesoras. Este nuevo esquema no estaba aún en funcionamiento en la fecha de redacción de este libro.

²² El nombre de subsidios parciales genera confusión ya que en realidad más que un subsidio a la contribución se trata de una contribución menor para un paquete de servicios más reducido.

²³ La diferenciación de cobertura de servicios (Paquete Obligatorio de Servicios, POS) para diferentes grupos poblacionales tiene profundas implicaciones sobre la equidad, ya que se ofrece una menor cobertura a la población que más requiere de los servicios.

un plazo no muy remoto los Planes de Salud de ambos regímenes se igualen,²⁴ A partir de 2004 se introdujeron los llamados subsidios parciales,²⁵ que por un porcentaje de la UPC subsidiada (40%) ofrece un paquete de servicios (POS) más reducido aún, que el POS subsidiado pleno.

Los recursos fiscales correspondientes al régimen subsidiado son transferidos por la nación a los municipios y los recursos de solidaridad provenientes del régimen contributivo los son por el FOSYGA. A su vez los municipios los entregan por contratación a las aseguradoras.

En el régimen contributivo, los pagos de los afiliados (contribuciones sobre las nóminas, recursos parafiscales) son recaudados por las aseguradoras del Régimen contributivo (EPS) pero no les pertenecen.

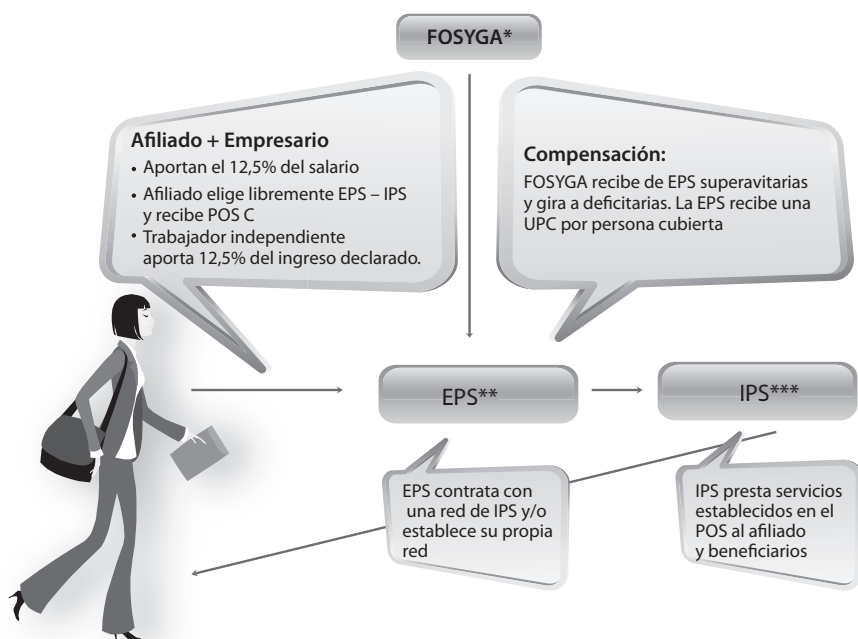


Diagrama 2.1
Régimen contributivo

* Fondo de Solidaridad y Garantía.

** Entidad Promotora de Salud (aseguradoras).

*** Institución Prestadora de Servicios.

²⁴ Aunque la sentencia de la Corte Constitucional ha encontrado una aceptación generalizada, no es clara su viabilidad financiera mientras no se tomen medidas para evitar la pérdida de recursos y el mala apropiación de los mismos.

²⁵ Se entiende por subsidio parcial, una proporción del valor de la unidad de pago por capitalización subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POS-S (Acuerdo 267 de 2004).

Existe una primera forma de solidaridad al interior mismo del régimen contributivo mediante la cual cada EPS recauda las contribuciones y de su monto puede extraer una Unidad de Pago por Capitación por cada beneficiario a su cargo; si de esta operación sobran recursos, éstos deben ser transferidos a la cuenta de “compensación” del FOSYGA; en caso contrario la EPS recibirá los recursos de compensación necesarios, de tal manera que todas las aseguradoras operan con el mismo presupuesto per cápita, independientemente de la capacidad adquisitiva de sus cotizantes. A estos mecanismos se les conoce como “subsídios cruzados” entre quienes tienen más ingreso y menos hijos en beneficio de quienes tienen menos ingresos y más hijos.

Complementariamente, existe una segunda forma de solidaridad entre el régimen contributivo con respecto al régimen subsidiado, mediante la cual el primero aporta un punto y medio de su recaudo en cotizaciones para financiar las Unidades de Pago por Capitación del segundo. Tal como ya se mencionó, este mecanismo solidario financia el 30% de la operación del seguro subsidiado y complementa al 70% de los recursos de origen fiscal.

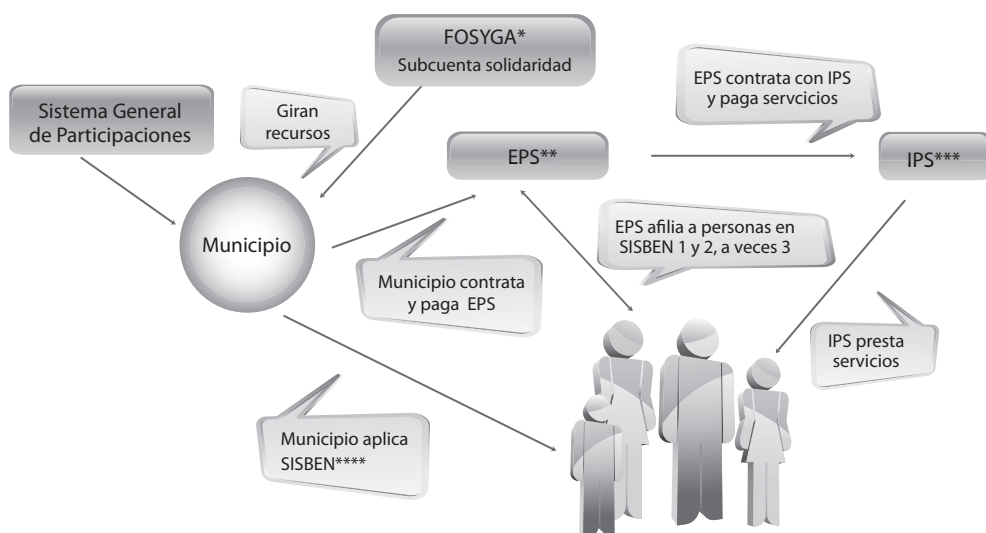


Diagrama 2.2
Régimen subsidiado²⁶

- * Fondo de Solidaridad y Garantía.
- ** Entidad Promotora de Salud (aseguradoras).
- *** Institución Prestadora de Servicios.
- **** Sistema de Identificación de Beneficiarios.

²⁶ Sistema General de Participaciones (SGP), establecido por la Ley 715 de 2001 se financia con recursos del presupuesto general de la Nación que son transferidos a los entes territoriales con destinación específica a salud, educación, agua potable y saneamiento. FOSYGA, subcuenta de solidaridad: El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA tiene cuatro

Finalmente, el FOSYGA maneja otras cuentas destinadas al manejo de la compensación y a financiar la promoción de la salud y la atención a las víctimas de los accidentes de tránsito y de catástrofes naturales.

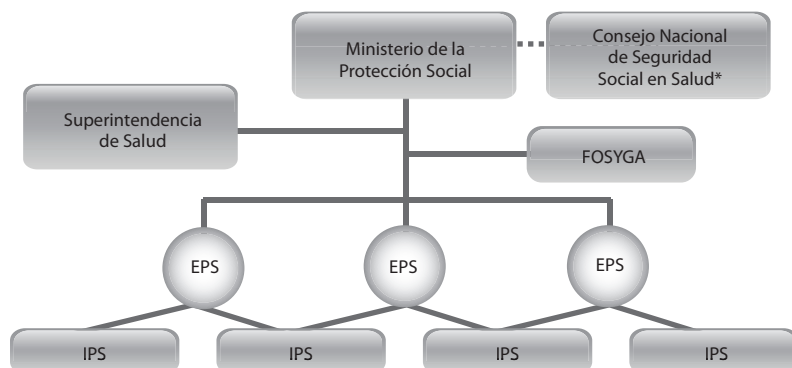


Diagrama 2.3
El Sistema de seguridad social en salud

* La Ley 1122 de 2007 no elimina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sino que lo convierte en un órgano consultivo. La Comisión Reguladora (CRES) estaría ubicada a este nivel.

Fundamentos teóricos de la reforma de 1993

La Ley 100 busca proveer cobertura universal de los servicios de salud a la población colombiana mediante un seguro universal de salud, que busca garantizar la eficiencia a través de la competencia, la calidad mediante la libre selección de aseguradores y proveedores, y la equidad y la solidaridad a través de una completa autosuficiencia financiera del seguro para aquellos que pueden pagarlo (contributivo) y un esquema subsidiado para los pobres. Lo anterior basado en la suposición de que el mercado asegurará la optimización de los recursos contando con la intervención reguladora del Estado.

Se espera que el seguro universal obligatorio reduzca significativamente las barreras económicas de acceso²⁷ y que por tanto tenga un impacto sobre el uso de los servicios y sobre el gasto de bolsillo. También se espera que

subcuentas mandatorias. La de compensación en donde maneja los recursos del régimen contributivo para la compensación a las EPS, la de ECAT en donde maneja los recursos del seguro a accidentes de tránsito para víctimas de los mismos y de catástrofes naturales, la de Promoción en la cual maneja los recursos destinados a Prevención y Promoción de la Salud y la de Solidaridad en la cual administra el 1,5% que los afiliados al régimen contributivo tienen que aportar para el régimen subsidiado.

²⁷ No es posible eliminarlas totalmente puesto que quedan otros costos no cubiertos por el seguro como los costos de transporte y los copagos.

disminuya el efecto de selección adversa,²⁸ al ser obligatorio y regulado por el Estado y con un pago que no depende del riesgo y del estado de salud de los afiliados.

La desmonopolización en el aseguramiento ha mejorado las condiciones de competencia y generado la aparición de más de treinta aseguradoras (EPS); las limitaciones a la integración vertical²⁹ han estimulado la proliferación de prestadores, y los subsidios a la demanda han permitido la incorporación al mercado de la población pobre.

La Ley establece la libre elección de asegurador y prestador de servicios, así como la obligatoriedad para las EPS de afiliar a quien lo solicite y de no establecer preexistencias, aunque sí periodos de carencia³⁰ definidos en la norma sólo para el régimen contributivo.

La libre elección de aseguradores y de proveedores por los usuarios, así como la competencia entre aseguradores y entre proveedores se espera que induzcan una mejor calidad y una mayor eficiencia.

El establecimiento de dos regímenes sería en principio conducente a la equidad, en la medida en que quienes tienen capacidad de pago financian su seguro (régimen contributivo) y quienes no la tienen son subsidiados por el Estado (régimen subsidiado), con recursos de los impuestos generales y por la contribución de los afiliados al régimen contributivo a través del subsidio cruzado.³¹

Pero además, al interior del régimen contributivo existe un mecanismo de solidaridad en la medida que la contribución es un porcentaje (12,5%) del ingreso y el pago a las aseguradoras una unidad de pago fija por persona (UPC). De esta forma quienes tienen mayor ingreso y menor tamaño de familia generan un excedente que permite subsidiar a los afiliados de menor ingreso y mayor tamaño familiar.

Una implementación exitosa del modelo debería, entonces, conducir a la cobertura universal del seguro, a mejorar la accesibilidad a servicios de calidad

²⁸ Por selección adversa se entiende, en el aseguramiento, la propensión de asegurarse de quienes tienen un mayor riesgo. Al mismo tiempo se contempla el concepto de desceme como la acción que ejercen los aseguradores para seleccionar a quienes tienen menor riesgo.

²⁹ La integración vertical ha sido un tema controvertido a lo largo del período de aplicación de la reforma con posiciones encontradas entre aseguradores y prestadores. La Ley 1122 de 2007 la limitó en los siguientes términos: "Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud".

³⁰ Los periodos de carencia son un mecanismo tendiente a controlar la selección adversa. Son periodos de duración variable a partir de la afiliación, según el tipo de evento, dentro de los cuales el seguro no da cobertura. La norma establece que no pueden ser superiores a 26 semanas.

³¹ Se podría argumentar que son más equitativos los sistemas de salud que se financian directamente a través de los impuestos generales (Canadá, RU), sin embargo ello requiere de un sistema impositivo progresivo que no es el caso de Colombia.

y a aumentar la equidad en la cobertura del aseguramiento, en el acceso a servicios de calidad y en los resultados de salud.³²

La reforma colombiana del sistema de salud es una compleja intervención social que ha introducido profundos cambios sociales, reforzado los mecanismos de mercado en el sistema de salud y cambiado el papel del Estado en la provisión de servicios de salud. En teoría promueve la competencia entre los sectores público y privado, con y sin ánimo de lucro, para la provisión de los seguros de salud y la prestación de los servicios de salud y a través de la competencia debería conducir a una mayor calidad de los servicios.

El nuevo modelo colombiano separa las funciones de rectoría, regulación, financiamiento y prestación de servicios y estimula los mecanismos de mercado en la expectativa de buscar la eficiencia y la calidad a través de la competencia.³³

Sin embargo, en la práctica no se logran todos los presupuestos del modelo teórico.

La universalización del seguro no se ha logrado en los 15 años de aplicación de la reforma y la convergencia esperada entre la cobertura de servicios del seguro contributivo y el subsidiado mediante la igualación del POS se ha hecho cada vez más distante con el inicio a partir de 2005, de un nuevo régimen llamado de subsidios parciales³⁴ que en la realidad es de servicios aún más reducidos que los del régimen subsidiado “pleno”.

La competencia entre aseguradores tiene grandes limitaciones dado que la oferta de servicios está limitada al POS establecido por la norma y el precio a la UPC igualmente establecido por el gobierno. En este caso la única competencia posible se daría en el ámbito de la calidad de los servicios, lo cual a su vez tiene las limitaciones implícitas en la falta de información por parte de los usuarios y en su limitado derecho a la libre elección que sólo pueden ejercer una vez al año.

La segmentación de la población por diferentes regímenes de aseguramiento con POS de distinta cobertura de servicios, condiciona de entrada una situación inequitativa ya que a quienes más necesitan de los servicios de salud (los más pobres) se les ofrece menos.

³² Esta mejora en la salud, por supuesto, estará limitada por la multifactorialidad de la misma, que condiciona y delimita el potencial de los servicios de salud para afectar los resultados sobre la misma. En el caso colombiano las profundas inequidades, así como la ausencia de unas políticas nacionales que enfoquen la acción sobre los determinantes sociales de la salud-enfermedad, implican limitaciones mayores aún.

³³ Londoño y Frenk lo llamaron en 1997, un modelo de pluralismo estructurado (Londoño, Juan Luis y Frenk, julio, 1997).

³⁴ Subsidios parciales se ha llamado a la oferta de un POS aún más reducido que el subsidiado, por el cual se reconoce una UPC menor. El POS del régimen subsidiado es menor que el del régimen contributivo y su UPC es el 60% de éste; el régimen de subsidio parcial es aún más reducido que el subsidiado y su UPC es el 40% de la del contributivo. Una interpretación del subsidio parcial hubiese sido que aquellas personas con capacidad de pago limitada pudiesen acceder al POS contributivo mediante un subsidio a su contribución: sin embargo, se optó por ofrecerles un POS inferior al subsidiado.

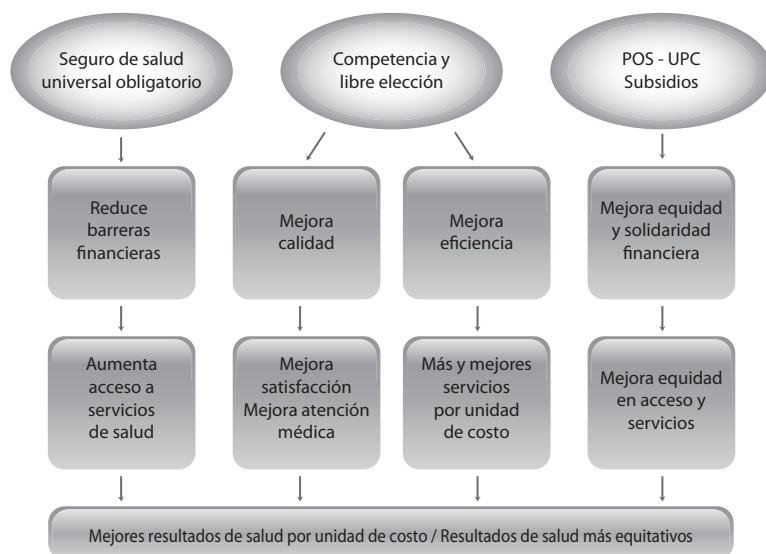


Diagrama 2.4
Ley 100 de 1993, modelo teórico

La reforma introduce nuevos actores, cambia el papel de viejos actores, genera cambios culturales, incorpora a los pobres al mercado, fortalece su papel y el del sector privado en la salud, finalmente modifica el papel del Estado retirándolo de la provisión directa de servicios.

Nuevos actores

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS: el aseguramiento en salud que antes de la reforma era ofrecido sólo por instituciones estatales con características monopólicas³⁵ y en forma limitada por algunas aseguradoras privadas que tenían en el mercado pólizas tradicionales de hospitalización y cirugía, así como de medicina prepagada, pasó a ser el dominio de las Entidades Promotoras de Salud, EPS que ahora deben ofrecer un aseguramiento integral en salud, reglamentado por el gobierno y estandarizado en su contenido, mediante la definición del Plan Obligatorio de Servicios de Salud, POS.

El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA: creado como un encargo fiduciario, cuya administración se licita públicamente en forma periódica. Administra los

³⁵ Instituto de los Seguros Sociales, ISS, Caja Nacional de Previsión, Cajanal y Caja de Previsión de Comunicaciones, Caprecom.

recursos de compensación del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, algunos recursos de promoción y prevención y los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT.

Asociaciones de usuarios: se crean para que las personas afiliadas tanto al régimen contributivo como al subsidiado, se agrupen en defensa de sus derechos y velen por la calidad de los servicios. Su afiliación es abierta y a estas puede pertenecer cualquier persona afiliada a la seguridad social en salud. Se organizan con una junta directiva y con comisiones de trabajo.

Cambios en antiguos actores

De los hospitales públicos a las Empresas Sociales del Estado, ESE: los hospitales públicos, hasta ese momento dependientes de las administraciones departamentales o municipales y financiados con subsidio a la oferta (presupuestos históricos de origen estatal) se transformaron en Empresas Sociales del Estado, ESE, de autogestión autónoma, regidas por una Junta Directiva con participación estatal, comunitaria y de profesionales de la salud y financiadas principalmente mediante la venta de servicios (subsidio a la demanda). Las ESE tuvieron que aprender a facturar servicios y cambiaron profundamente sus incentivos, ahora más financieros (McPake, Yepes, Lake y Sánchez 2003).

Los hospitales públicos han asistido en quince años de reforma a una dramática reorganización en donde se han visto sometidos a la transformación progresiva de los subsidios de oferta en demanda, proceso que hoy incluye el 90% de su financiación. De otra parte, sus plantas de personal se vieron originalmente niveladas salarialmente por lo alto para luego ser sometidas a un desmantelamiento por vía de la tercerización de los servicios dentro de la llamada “política de reestructuración” tendiente a colocar sus costos al nivel del mercado y garantizar su autofinanciación por la venta de servicios.

De las aseguradoras públicas con clientelas cautivas a las EPS en competencia: las aseguradoras públicas que hasta ese momento tenían sus clientelas cautivas y que se financiaban con el total de las contribuciones pagadas por sus afiliados y sus empleadores, tuvieron que convertirse en EPS, que sólo pueden disponer del valor correspondiente a la UPC.

Con unas plantas de personal antiguas y una alta carga prestacional, con onerosas condiciones laborales establecidas por convenciones colectivas, sin que ni el legislativo ni el ejecutivo hubiesen adoptado las medidas que se requerían para recuperarlas, con unos sindicatos sólo interesados en los beneficios de corto plazo, además de múltiples ineficiencias provenientes de una época de existencia monopólica, entraron en un rápido proceso de deterioro.

La Superintendencia de Salud: la ley estableció mecanismos para reformar y fortalecer la ya existente Superintendencia de Salud y adaptarla a la nueva situación.

Su nuevo papel se centra en autorizar el ingreso de los nuevos aseguradores al mercado regulado, supervisar su desempeño especialmente para evitar la se-

lección del riesgo y la selección adversa, y servir de instancia de quejas, control y sanción y conciliación entre actores.

La focalización y el nuevo manejo de los subsidios

Al amparo de la nueva Constitución de 1991 y por autorización explícita de la Ley 60 de 1993 (artículo 30) el modelo “modernizador” de la administración pública ha pretendido modificar el manejo de los subsidios en tres formas:

1. Eliminar los subsidios horizontales que benefician a toda la población y focalizarlos sólo hacia la población más pobre.
2. Sustituir los subsidios de oferta por los subsidios a la demanda.
3. Eliminar los subsidios implícitos y por tanto los subsidios cruzados dentro de una misma institución o sector.

El espacio creado por la reforma del sector salud ha sido un escenario fértil para poner a prueba los nuevos modelos para el manejo de los subsidios. La salud es el sector de política social en el cual más se ha utilizado el nuevo sistema de focalización y en donde ha sido más profunda la transformación de los subsidios de oferta en demanda.

Los subsidios cruzados, simultáneamente con la competencia, explican la preservación y el avance en las coberturas del régimen contributivo y dan cuenta al menos de la tercera parte de la cobertura del régimen subsidiado.³⁶

Para poder focalizar los diversos subsidios del Estado, Colombia, siguiendo el camino de Chile y Costa Rica, desarrolló el Sistema de Identificación de Beneficiarios, SISBEN, con la finalidad de identificar a la población más pobre. En la práctica su mayor desarrollo y aplicación se ha dado en el sector salud.

El SISBEN es un instrumento diseñado para identificar y discriminar pobreza estructural, se basa en una clasificación de la población en seis niveles, teniendo en cuenta sus características socioeconómicas. El puntaje se establece por medio de una encuesta (con 74 preguntas) en la cual se indaga por variables como sexo, edad, composición del hogar, empleo, ingresos, educación, seguridad social, vivienda, etc. A esta encuesta se le aplica el procedimiento estadístico de componentes principales cualitativos para establecer las variables que finalmente se usarán en la clasificación y la ponderación que van a tener; los resultados de este análisis se mantienen secretos, con el fin de evitar la manipulación de la clasificación (Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Salud 2003).

³⁶ El subsidio existente dentro del régimen contributivo, entre los afiliados con salarios más altos y aquellos con salarios más bajos permite que estos últimos puedan acceder al POS contributivo y por tanto es un factor de retención frente al régimen subsidiado. Por otra parte, el subsidio del 1,5% para la subcuenta de solidaridad permite mejorar el financiamiento del régimen subsidiado.

Los municipios del país realizan periódicamente un levantamiento de información para alimentar el sistema, el cual se hace en forma de censo para las zonas donde se supone que la mayoría de la población es pobre; habitantes de otras zonas pueden pedir que les hagan la encuesta y los incluyan en la base de datos.

La clasificación en los niveles 1 y 2 del SISBEN da derecho a pertenecer al régimen subsidiado, la pertenencia al 3 da este derecho en algunos municipios del país, que contribuyen con recursos propios para este fin. “El 70% de los afiliados al Régimen Subsidiado son, en efecto, personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, cerca del 15% corresponden al nivel 3, y el 15% restante (1,3 millones de personas) no tiene SISBEN,³⁷ por lo cual se desconoce si en efecto serían elegibles para recibir el subsidio (Conpes Social 2008)”.

³⁷ Se refiere a personas que aunque están afiliadas al Régimen Subsidiado no se les ha aplicado el SISBEN.

This page intentionally left blank

Los resultados de la reforma: evidencias disponibles

Los resultados presentados se sustentan en 101 publicaciones, resultado de estudios cuantitativos, cualitativos y cuanti-cualitativos revisadas de acuerdo con los criterios ya anotados en el capítulo 3. Los resultados que se presentan están fundamentados en la información proveniente de investigaciones. Las publicaciones de prensa que se refieren en el anexo 4 son coherentes con estos resultados.

Inicialmente tratamos de responder a cuatro preguntas centradas alrededor del modelo teórico de la Ley 100 y al final hacemos una reagrupación de lo que se puede considerar hallazgos positivos y negativos.

Las preguntas originadas en el modelo teórico de la Ley 100

El modelo teórico de la Ley 100 de 1993 (gráfico 2.4) nos permite plantear una serie de preguntas centrales que trataremos de responder con la información disponible:

1. ¿El aseguramiento ha reducido las barreras y aumentado el acceso a los servicios de salud?
2. ¿La competencia y la libre elección han mejorado la calidad y la eficiencia de los servicios de salud?
3. ¿Ha mejorado la equidad en el acceso a los servicios de salud?
4. ¿Se ha mejorado el nivel de salud de los colombianos y la equidad en salud en términos de nivel de salud?

1. ¿El aseguramiento ha reducido las barreras y aumentado el acceso a los servicios de salud?

a. ¿Qué ha pasado con el aseguramiento?

La fuente más confiable para estimar la cobertura del aseguramiento en salud y el uso de los servicios de salud ha sido, en Colombia, fundamentalmente la in-

formación de diferentes encuestas de hogares. Los Estudios Nacionales de Salud de 1965-66, 1975-78 y 1986-1988 y posteriormente las Encuestas de Calidad de Vida (1993, 1997, 2003) y los Estudios Nacionales de Demografía y Salud (1995, 2000, 2005).

Las estadísticas administrativas siempre han tenido problemas de confiabilidad y se prestan a manipulaciones oportunistas. Dadas las características del sistema actual, se han hecho grandes esfuerzos por registrar a toda la población asegurada, pero a pesar de esto subsisten serias deficiencias en las bases de datos con problemas de doble conteo y de falta de actualización de la información, particularmente en el régimen subsidiado.

Por lo anterior, los estudios sobre cobertura utilizan la información proveniente de las diferentes encuestas de hogares.

La cobertura de aseguramiento antes de la Ley 100 estaba representada por la población afiliada al Instituto de Seguros Sociales, iss, a la Caja Nacional de Previsión, a la Caja de Previsión de Comunicaciones, Caprecom, a las múltiples cajas departamentales, municipales e institucionales de previsión y a las Fuerzas Armadas. Además, la población con seguros privados de hospitalización y cirugía o medicina prepaga. La máxima cobertura reportada fue de 23% antes de la Ley 100 de 1993.

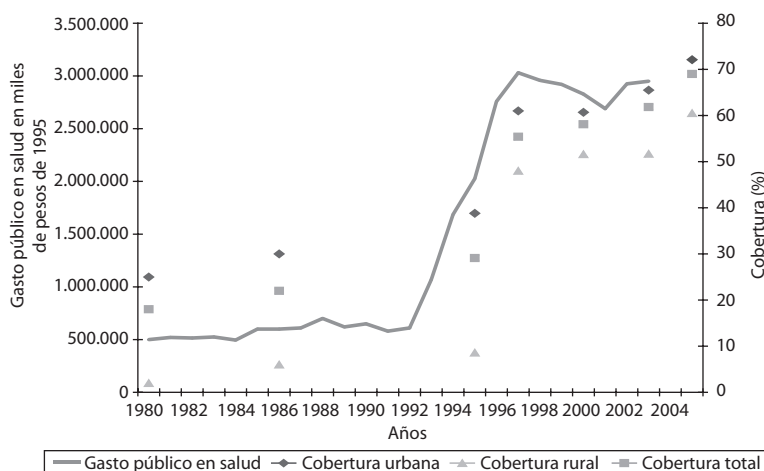
El resto de la población no disponía de un seguro de salud, pero accedía a los servicios de salud privados o a los públicos del Estado. La cobertura de estos servicios variaba según se tratara de servicios ambulatorios o de hospitalización y los mejores estimativos de la misma son los obtenidos a partir de las cifras de utilización de servicios de salud de los Estudios Nacionales de Salud. Oficialmente el Ministerio de Salud aceptaba que posiblemente un 20%³⁸ de la población no accedía a los servicios de salud.

La cobertura del aseguramiento, previa a la Ley 100 de 1993 era fundamentalmente urbana y circunscrita a la población con relación laboral formal, y como se observa en el gráfico 3.1, su evolución entre 1980 y 1994 mostraba sólo un ligero incremento. Esta situación cambió radicalmente a partir de la Ley 100 de 1993 aunque todavía no se logra el aseguramiento universal (Yepes y otros 2007; Céspedes y otros 2000).

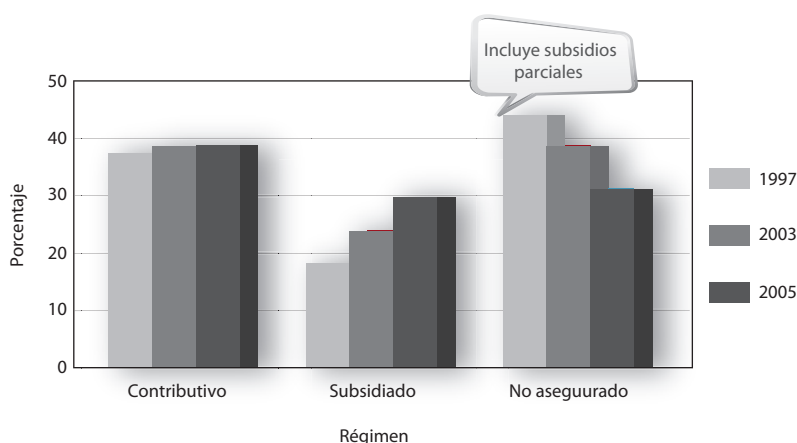
Las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 y el Estudio Nacional de Demografía y Salud muestran la evolución del aseguramiento entre 1997 y 2005. El aseguramiento contributivo después de su aumento inicial con la implantación de la Ley³⁹ ha crecido muy lentamente en tanto que el subsidiado lo ha hecho más rápidamente (Acosta, Ramírez y Cañón 2005). En 2005 aparecen los subsidios parciales cuyo efecto no se puede diferenciar en los datos de la ENDS 2005 (gráfico 3.2).

³⁸ Esta cifra fue reportada en informes del ministro de salud al Congreso de la República, pero siempre estuvo a nivel de estimativos.

³⁹ Este crecimiento inicial del régimen contributivo es atribuible al establecimiento de la cobertura familiar.


Gráfico 3.1

Evolución del gasto público en salud y de la cobertura del aseguramiento en salud (1980-2004). Colombia (Pesos de 1995)


Gráfico 3.2

La evolución del aseguramiento según régimen. 1997-2005

Fuente: Análisis de los autores a partir de las Encuestas de Calidad de Vida de 1997, 2003 y Estudio Nacional de Demografía y Salud de 2005.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que existen diferencias sustanciales en el contenido de los paquetes obligatorios de servicios (POS) de los tres regímenes de aseguramiento, lo que hace que no sea legítimo sumar sus cifras de

cobertura. Una forma aproximada de relacionarlos es ajustando la cobertura por el valor de la UPC correspondiente. La UPC del régimen subsidiado es aproximadamente el 60% de la del contributivo y la de los subsidios parciales es el 40%.

Un ajuste preliminar realizado por los autores, para las coberturas de 1997 y 2003, que corrige el aseguramiento subsidiado por el valor de su UPC,⁴⁰ muestra que las coberturas totales reales se disminuirían aproximadamente en 10 puntos porcentuales. Esta corrección tendría que hacerse en los años más recientes para los subsidios parciales también (gráfico 3.3).

La política de ampliación de cobertura a partir del régimen subsidiado ha privilegiado la población más pobre (SISBEN 1 y 2) y las zonas rurales (Restrepo, Zambrano, Vélez y Ramírez 2007). Pero la diferencia en los contenidos de los paquetes de servicios de los diversos regímenes determina una inequidad estructural del sistema, ya que se ofrece menor cobertura de servicios a la población más pobre que más necesita de ellos.

El análisis de coberturas del aseguramiento está, pues, dificultado por los hechos anotados anteriormente. Aunque son varios los autores que documentan una disminución en los diferenciales de aseguramiento entre diferentes grupos poblacionales (Céspedes y otros 2000; Castaño, Arbeláez, Giedión y Morales 2001; Flórez 2002; Flórez, Soto, Acosta, Karl, Misas y otros 2007; Yepes y otros 2007) el efecto neto de esta disminución sería menor. Tanto más, cuanto la disminución de diferenciales es atribuible a la cobertura poblacional mayor del Régimen Subsidiado⁴¹ (Flórez y otros 2007).

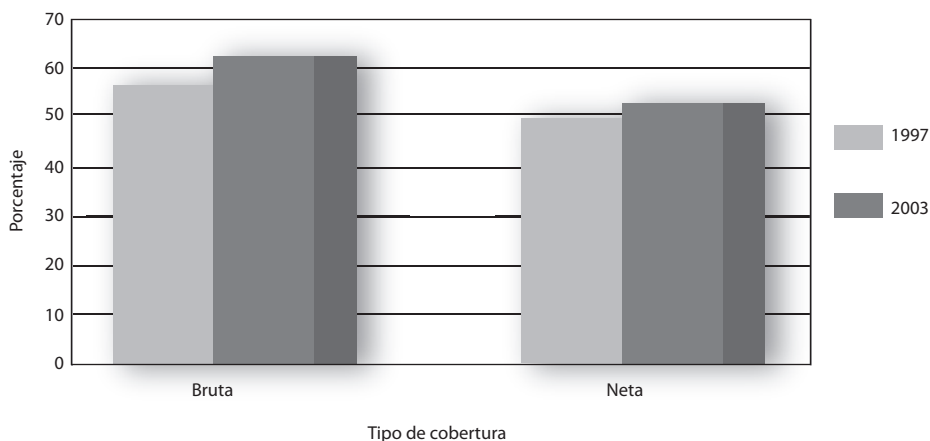


Gráfico 3.3

Cobertura bruta y cobertura neta. Corrección por valor de la UPC

⁴⁰ Esta corrección busca establecer ‘unidades’ comparables de cobertura de aseguramiento en el entendido de que no es lo mismo una persona cubierta en el régimen contributivo, que una que lo esté en el subsidiado cuyo POS es más reducido.

⁴¹ La política de ampliación de cobertura a partir del régimen subsidiado ha privilegiado la población más pobre (SISBEN 1 y 2) y las zonas rurales.

Los primeros quintiles de ingreso están cubiertos en mayor proporción por el régimen subsidiado en tanto que los quintiles 4 y 5 lo están principalmente por el contributivo; igualmente las zonas urbanas (cabeceras municipales) tienen mayor proporción del régimen contributivo en tanto que las zonas rurales tienen una mayor proporción del subsidiado (Acosta y otros 2005).

Han aumentado la cobertura total, la urbana y la rural y ha disminuido notablemente el diferencial urbano rural. Las diferencias entre mayores y menores coberturas entre 1995 y 2005 se redujeron de 4,5 veces a 1,2 en urbano/rural, de 2,4 a 1,35 entre regiones y de 21,22 a 1,51 por quintil de ingreso. Sin embargo persisten diferenciales en aseguramiento por ingreso: 43% de los más pobres no están afiliados en tanto que sólo 14% de los más ricos no lo están (Flórez y otros 2007, Zambrano y otros 2008).

La reducción en los diferenciales urbano-rurales se ha dado a partir del régimen subsidiado cuya cobertura se ha focalizado en las zonas rurales y en los municipios de menor tamaño.

Al analizar el aseguramiento por educación y edad es igualmente posible documentar logros importantes en la reducción de diferenciales. A partir de la implantación de la Ley 100 de 1993, no sólo se aumentó la cobertura en todos los grupos de edad sino que se redujeron los diferenciales que antes afectaban negativamente a la población dependiente –menores de 15 y mayores de 60 (Yepes y otros 2007) (gráfico 3.4).

El comportamiento del aseguramiento por nivel educativo presenta un comportamiento similar, con un aumento en todos los niveles de educación y una reducción notable en los diferenciales (Yepes y otros 2007) (gráfico 3.5).

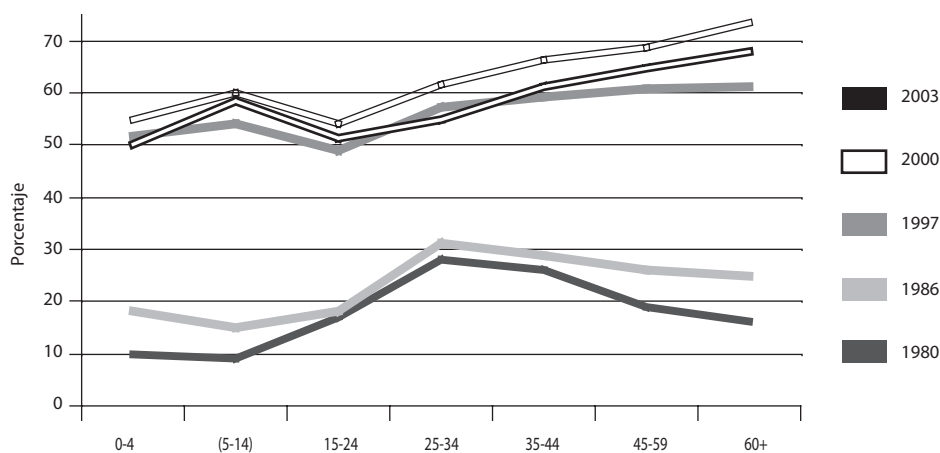


Gráfico 3.4

Cobertura de seguridad social en salud por edad 1980, 1986, 1997, 2000 y 2003

Fuente: Yepes, Francisco J.; Ramírez, M. *et al.* (2007). Cifras actualizadas. Estudios Nacionales de Salud (cobertura 1980 y 1986); Encuesta Nacional de Demografía y Salud (cobertura 2000); Encuestas de Calidad de Vida (cobertura 1997 y 2003).

b. El acceso a los servicios de salud y sus barreras

Con la información disponible no estamos en capacidad de responder si se ha dado una disminución en las barreras de acceso y un aumento en el uso de servicios, por falta de una línea de base.⁴² Lo que podemos documentar es cuál es el grado de acceso de la población a los servicios de salud a partir de 1993 según el tipo de aseguramiento.

Las Encuestas de Calidad de Vida documentan un importante diferencial en el acceso a los servicios de salud entre la población asegurada y la no asegurada. Mientras el 79,5% de los asegurados en el régimen contributivo y el 74,4% de los afiliados al régimen subsidiado que se sintieron enfermos en los 30 días anteriores a la encuesta consultaron, sólo lo hizo el 49,7% de los no asegurados. Sin embargo, es importante aclarar que esto se refiere sólo al acceso a la primera consulta. No tenemos información acerca del acceso a consultas ulteriores (Zambrano y otros 2008; Flórez y otros 2007; Restrepo y otros 2007) (gráfico 3.6).

La comparación de los datos de las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 presenta hallazgos importantes que plantean interrogantes sobre el efecto esperado del aseguramiento en el acceso. En ese período se observó una disminución en el porcentaje de personas que habiéndose sentido enfermas consultaron al médico o se hospitalizaron, a pesar del aumento en el asegura-

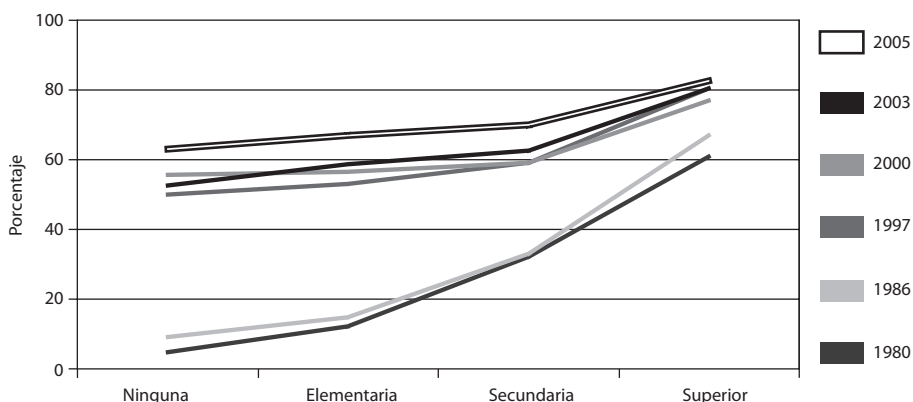


Gráfico 3.5

Cobertura de seguridad social en salud por educación 1980, 1986, 1997, 2000, 2003 y 2005

Fuente: Yepes, Francisco J.; Ramírez, M. *et al.* (2007). Cifras actualizadas; Estudios Nacionales de Salud (cobertura 1980 y 1986); Encuesta Nacional de Demografía y Salud (cobertura 2000 y 2005); Encuestas de Calidad de Vida (cobertura 1997 y 2003).

⁴² Los tres Estudios Nacionales de Salud realizados entre 1965 y 1986 utilizaron un período de dos semanas en sus preguntas sobre morbilidad sentida y uso de servicios ambulatorios. Las Encuestas de Calidad de Vida a partir de 1993 cambian este período por 30 días.

miento observado en ese mismo período (Zambrano y otros 2008; Unger, De Paepe, Ghilbert, Soors, Green 2006).

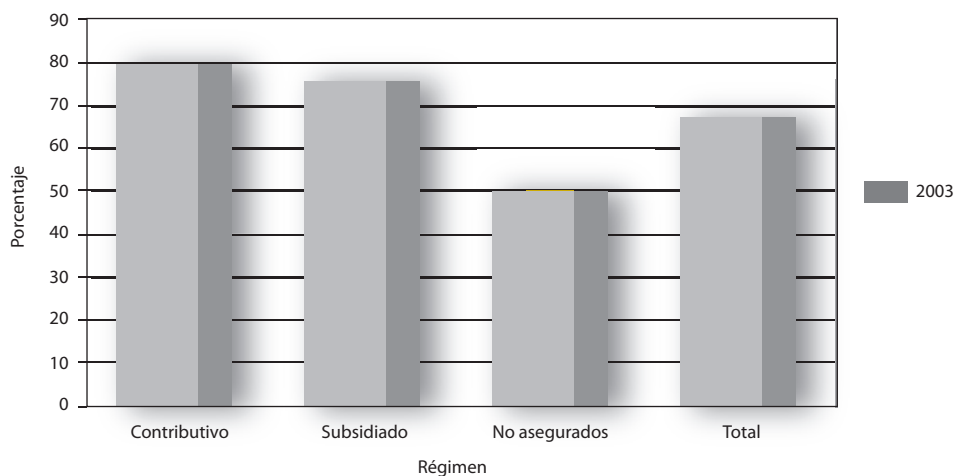


Gráfico 3.6

Porcentaje de personas que se sintieron enfermas en los 30 días anteriores y consultaron al médico por régimen de aseguramiento en Colombia en 2003

Fuente: Cálculo de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003.

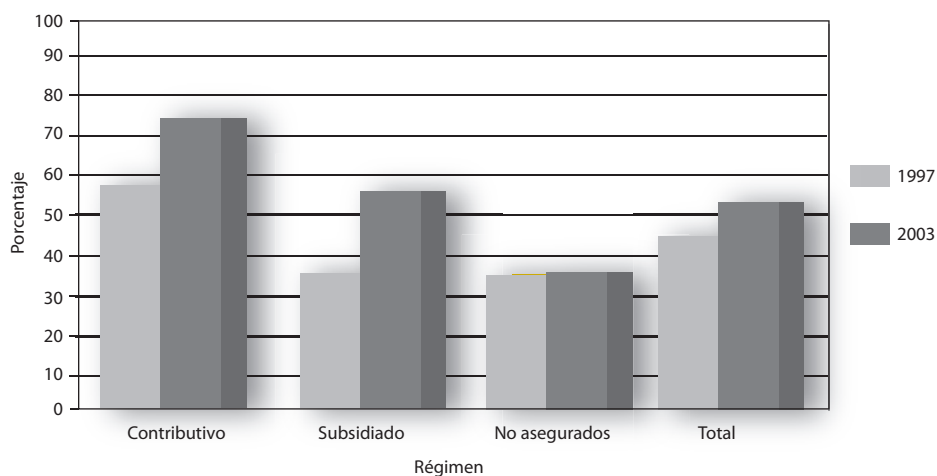


Gráfico 3.7

Proporción de personas que consultaron por servicios de prevención (consulta de sano) según tipo de aseguramiento, Colombia 1997, 2003

Fuente: Encuestas de Calidad de Vida 1997 y 2003.

Además, entre 1997 y 2003 las Encuestas de Calidad de Vida documentan un aumento en la proporción de personas que acuden a consulta de sano (prevención y promoción) aparentemente atribuible a la norma que estableció la obligatoriedad de la demanda inducida para una serie de procedimientos preventivos (Resolución 412 de 2000) (Zambrano y otros 2008).

La proporción de personas que realiza consultas de sano es mayor en las personas aseguradas que en las que no lo están (Acosta y otros 2005).

Pero, a pesar de lo anterior subsisten importantes barreras de acceso a los servicios, que afectan principal pero no exclusivamente a la población no asegurada y a la asegurada en el régimen subsidiado.

Estas barreras son de dos tipos: estructurales y oportunistas o de racionamiento.

Las primeras están constituidas por las limitaciones en cobertura de servicios del Paquete Obligatorio de Servicios, POS subsidiado y las aún mayores restricciones de los POS parciales. Esta situación se agrava por la falta de integralidad y continuidad de ciertos servicios ofrecidos en el POS subsidiado.⁴³ Fue el caso de las medidas de tamizaje del cáncer de cérvix que no cubrían la colposcopia y la biopsia, y el caso de la mamografía y biopsia de mama que no están cubiertas por el POS subsidiado.

También consideramos barreras estructurales, las económicas determinadas por el cobro de las cuotas moderadoras y los copagos.

Las segundas, son aquellas que los aseguradores establecen con miras a disminuir costos y reducir el uso de servicios por parte de los afiliados. Consisten generalmente en una combinación de medidas que le dificultan el uso de los servicios a los afiliados obligándolos a desplazarse a diferentes sitios para realizar trámites de autorizaciones, para hacerse exámenes diagnósticos y para obtener medicamentos.

Los medicamentos no se entregan en el mismo sitio en donde se consulta, sino en una red dispersa y escasa de proveedores, además de que no siempre se entregan completos; las autorizaciones requieren desplazamientos, en ocasiones a sitios distantes, y los exámenes diagnósticos se fraccionan en múltiples instituciones que no siempre quedan cerca de la morada de los afiliados.

Las Encuestas de Calidad de Vida, así como otros estudios, han documentado la existencia de barreras al acceso a los medicamentos que en teoría están cubiertos tanto en el POS contributivo como en el subsidiado (Mejía, Vélez, Buritica, Arango y Del Río 2002). Aunque entre 1997 y 2003 se dio una mejora, todavía en esta última fecha los aseguradores no entregaban ninguna de las prescripciones formuladas por sus médicos al 25,6% de los asegurados en el régimen contributivo y al 32,4% de los asegurados en el subsidiado (Zambrano y otros 2008).

⁴³ Un paciente subsidiado hospitalizado por una apendicitis que está cubierta en el POS subsidiado, ya no está cubierto si hace una peritonitis. Esto genera no sólo problemas de continuidad en el tratamiento, sino administrativos para los prestadores (Molina, Muñoz, Ramírez 2009).

Un estudio realizado en una muestra representativa de la población menor de cinco años en Bogotá, mostró severas barreras de acceso para la población no asegurada, un alto gasto de bolsillo en medicamentos en población asegurada y rechazo para la atención en el régimen subsidiado (Yepes y Ramírez 2006). El menor acceso de la población no asegurada ha sido igualmente documentado por las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003. También el menor acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva en la población subsidiada que en la contributiva (Tono, Velázquez, Castañeda y Sáenz 2002).

Aun cuando las Encuestas de Calidad de Vida, ECV, muestran mayor accesibilidad a la consulta médica en la población asegurada, tanto contributiva como subsidiada, dicha accesibilidad se refiere a una primera consulta. Las ECV no preguntan por accesibilidad ulterior para consulta referida al especialista, o para exámenes diagnósticos. Sin embargo, estudios de Vecino con la encuesta de demografía y salud (Vecino-Ortiz 2008), muestran que las mujeres aseguradas tienen más probabilidades de subsiguientes controles una vez han tenido el primero, que las no aseguradas, y que aquellas en el régimen contributivo tienen más probabilidades de visitas subsiguientes que las del régimen subsidiado.

Una de las explicaciones a estas barreras de acceso está dada por la fragmentación de los servicios que se conforma de diversas formas. Para quienes tienen seguro subsidiado o seguro parcial, se da entre aquellos servicios que cubre el respectivo POS y los que no. El asegurador y el prestador con el cual el primero contrata los servicios no se responsabilizan sino de lo establecido en el correspondiente POS y el paciente o su familia deben ingeniárselas para obtener los servicios no cubiertos. Esta fragmentación, como ya se planteó anteriormente, es una barrera de acceso y causa de inequidad pero al mismo tiempo es una causa de mala calidad de la atención al romper la continuidad de la misma. Un caso ilustrativo que tiene repercusiones importantes en la salud de las pacientes es la no cobertura de la mamografía y biopsia de mama por el POS subsidiado (de Charry, Roca y Carrasquilla 2008, de Charry, Carrasquilla y Roca 2008). La colposcopia no estuvo cubierta para las mujeres del régimen subsidiado hasta diciembre de 2004. Cuando se incluyó se aumentó la demanda por las necesidades represadas y se dio un aumento en los casos incidentes (Wiesner-Ceballos, Murillo-Moreno, Piñeros Petersen, Tovar Murillo, Cendales-Duarte y Gutiérrez 2009).

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en cuatro departamentos encontró que en ocasiones el estudio de las citologías se retrasa debido a falta de continuidad de los contratos entre los entes territoriales, las aseguradoras y los laboratorios (Wiesner-Ceballos y otros 2009).

Por otra parte, los aseguradores buscando reducir costos, establecen contratos para la prestación de servicios diagnósticos con prestadores que en muchas ocasiones están ubicados en sitios distantes de aquellos que hacen la atención ambulatoria.

En el caso de la tuberculosis se ha atribuido al fraccionamiento de las responsabilidades del control entre múltiples instituciones (EPS, ARS, entidades especiales), el descenso en la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los

enfermos tuberculosos (Chaparro, García, Guerrero y León 2002). En un estudio del programa de TB en dos ciudades, otra investigación plantea la fragmentación del proceso técnico, la falta de coordinación entre diversos actores del sistema y la ruptura entre las acciones de promoción y prevención individual y colectiva (Arbeláez, Gaviria, Franco, Restrepo, Hincapié y Blas 2004; Ayala Cerna y Kroger 2002).

De Charry y otros documentan en dos estudios recientes la existencia de barreras de acceso significativas para la mamografía y la biopsia de seno en mujeres no aseguradas o aseguradas en el régimen subsidiado, de seis ciudades (de Charry y otros 2008).

Igualmente Wiesner-Ceballos y otros (2009) plantean las demoras que las mujeres, y en particular las pobres, tienen para el tratamiento de cáncer de cérvix invasor debido a los trámites establecidos por los aseguradores.

Fresneda y Martínez al analizar datos de Bogotá encuentran que la proporción de mujeres con atención prenatal por debajo de los estándares (menos de seis consultas y ninguna consulta) es similar entre las mujeres aseguradas en el régimen subsidiado y las no aseguradas (Fresneda y Martínez 2007).

Chicaiza, Rodríguez y García (2006, p. 17) encontraron que el sistema de copagos y cuotas moderadoras tiene incentivos para la inequidad horizontal, además que hay inequidad vertical. *La cuota moderadora de la categoría B para un afiliado que gana cinco salarios mínimos es el 0,3% del ingreso y para uno que gana dos salarios mínimos es el 0,8%, lo que conduce a que personas con menores ingresos restrinjan el uso de servicios de salud que requieren o alternatively de otros bienes para pagar el consumo de salud.*

El altísimo volumen de tutelas⁴⁴ interpuesto por la población como medio para acceder a los servicios (60.000 anuales), el crecimiento de las mismas (280% entre 1999 y 2005), el alto porcentaje que corresponde a servicios cubiertos por el POS son una fuerte evidencia de la existencia de importantes barreras de acceso (Defensoría del Pueblo 2003; Defensoría del Pueblo 2005, Rodríguez 2007).

La Defensoría del Pueblo realizó un análisis de las tutelas presentadas en salud a partir de 1999 a través de un “muestreo aleatorio estratificado”, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 2%. El 70% de las tutelas presentadas reclamaron la prestación de servicios cubiertos en el POS. Entre 1999 y 2005 el 89% de cirugías objeto de tutela fueron por el POS pero se negaron por prótesis, válvulas, etc. no cubiertas en él; el 92,7% de los tratamientos tutelados fueron del POS y el 84,1% de los procedimientos también (Rodríguez 2008).

Rodríguez Tejada estudió en Medellín las solicitudes y acciones de tutela por salud entre 2001 y 2007 y encontró en forma similar que el 88% de las personas del régimen contributivo y el 57% del régimen subsidiado solicitaba servicios

⁴⁴ Las tutelas son un recurso jurídico contemplado en la Constitución Nacional para la defensa de los derechos fundamentales.

incluidos en el POS. De las tutelas interpuestas 33,9% fueron por exámenes, 29,9% por citas con el especialista, 25% por cirugías y 20,1% por medicamentos.⁴⁵

Por otra parte, el acceso a los servicios de salud para la población dispersa (nuevos departamentos, Chocó, litoral Pacífico) en donde la oferta de aseguradores es limitada y de servicios escasa, no encuentra una solución satisfactoria en el esquema planteado por las normas vigentes, y por el contrario se presta a situaciones generadoras de ineficiencia (Fedesalud 2004).

2. ¿La competencia y la libre elección han mejorado la calidad y la eficiencia de los servicios de salud?

a. La competencia y la libre elección

El esquema desarrollado por la reforma busca estimular competencia entre aseguradores por una parte y entre prestadores por otra. Esta competencia (dentro de las limitaciones anotadas anteriormente) en principio se da en las ciudades mayores y en menor grado en las intermedias, pero no es posible en la mayoría de los municipios del país en los cuales sólo existe un único prestador y el tamaño poblacional dificulta la operación de un número amplio de aseguradores.

La libre elección, por su parte, además de estar limitada por las anteriores circunstancias, encuentra diversas barreras como la falta de información sobre la calidad de prestadores y aseguradores y los períodos mínimos de permanencia que establece la norma para poder solicitar traslado.

b. El sistema obligatorio de garantía de calidad

A partir de las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001 se ha desarrollado un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que contempla: a) un sistema único de habilitación, b) auditoría para el mejoramiento de la atención de salud, c) un sistema único de acreditación y un sistema de información para la calidad.

El sistema de habilitación es obligatorio para todas las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS y mediante él deben cumplir unos requisitos mínimos. El sistema de acreditación es voluntario con miras a estimular una sana competencia por la excelencia; sin embargo, la cobertura institucional actual del sistema de acreditación es mínima.

En términos de calidad de procesos no hay ningún mandato para establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento, aun cuando se han dado avances a nivel de diferentes instituciones. Un sistema de control de calidad por resultados no existe a pesar de que la Ley 1122 de 2007 lo hizo mandatorio.

⁴⁵ Puede haber tutelas por más de un servicio.

c. Los costos de transacción (Esta es un área que no ha sido estudiada lo suficiente)

En el régimen contributivo por lo menos un estudio realizado en algunas aseguradoras de Bogotá para analizar la cadena productiva, encontró altos costos de transacción “que dificultan el funcionamiento del mecanismo de precios y hacen imposible la competencia perfecta” (Gorbaneff, Torres y Contreras 2004).

En el subsidiado existen una serie de hechos que permiten sospechar de la existencia de costos de transacción altos, pero no conocemos estudios al respecto. La renovación periódica de contratos entre entes territoriales y aseguradoras, y entre éstas y los proveedores, la movilidad de la población entre un régimen y el otro debido a la inestabilidad laboral, la necesidad de actualizar periódicamente el SISBEN y las demoras en los flujos de fondos (costos financieros), generan posibles costos de transacción que se podrían evitar o disminuir.

d. Otras ineficiencias

O'Meara, Ruiz y Amaya (2003, p. 282) anotan una ineficiencia importante en la existencia de los planes de medicina prepagada que “generan una situación de doble cobertura con el pago de una doble prima sin un esquema de complementariedad”, como la había previsto la Ley. De acuerdo con Ramírez, Zambrano, Yepes, Guerra y Rivera (2005, p. 23) cerca del 10% de los afiliados al régimen contributivo tienen un plan adicional de salud. Esta situación es atribuible a la laxitud de la regulación posterior a la Ley 100 de 1993.

Existe, además, el problema de la pérdida de recursos debido a la corrupción. Un documento de Yepes (2005) analiza los diferentes tipos de corrupción, y los medios de comunicación han presentado denuncias en múltiples ocasiones. Sin embargo, no se encuentran casi publicaciones que documenten este fenómeno. Un estudio realizado en los hospitales públicos de Bogotá (Giedión, Morales, Acosta 2000, p. 123) estima que se gastaron por sobreprecios, sumas equivalentes al 10% de los presupuestos hospitalarios asignados a adquisición de insumos médico quirúrgicos, los cuales habrían permitido la afiliación de 24.000 personas pobres adicionales. El mismo estudio estimó el ausentismo médico en un 5,7% con una pérdida de recursos por este rubro que habría permitido la afiliación de 12.000 personas adicionales. Otro estudio por Fedesalud y la Universidad de Santo Tomás (2008) a partir de la Encuesta continua de hogares del DANE entre 2001 y 2005 y de la Encuesta de Calidad de Vida a partir de 1997 hace estimativos de los dineros que las empresas se ahorraron en 2004 por evadir la afiliación de sus trabajadores a la seguridad social (salud y pensiones). En el caso de salud estiman que dejaron de pagar 4 billones de pesos (4 millones de millones). Según este estudio, esta evasión es mayor en los sectores agrícola y de la construcción.

e. Los resultados conocidos

En cuanto a resultados, hay un conjunto de información proveniente de diversas fuentes, tanto administrativas como investigativas, que plantean serias dudas sobre la calidad de la atención en general, y en particular sobre la calidad de la atención de las personas aseguradas en el régimen subsidiado.

Esta información se refiere a la mortalidad prevenible en general (Gómez, Rubén Darío 2006), a la mortalidad materna (Gómez, R.D. 2006, Saboyá 2005, Gómez, P.I. 2006, Fresneda y Martínez 2007), a la mortalidad perinatal (Gómez 2008, p. 210), a la mortalidad evitable en menores de 1 año y en menores de 5 años (Fresneda y Martínez 2007) a la sífilis congénita (Rodríguez y Acosta 2001; periódico *EL PULSO* 2006, Instituto Nacional de Salud 2007), a las bajas tasas de curación de la tuberculosis y la alta incidencia de resistencia multidroga (OPS/OMS 2006; Moreira, Hernández, Arias, Castaño, Ferro y Jaramillo 2004), a los altos niveles de complicaciones en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda, EDA y por Infección Respiratoria Aguda, IRA (Unión Temporal CCRP, Assalud, BDO, 2003) y al manejo de los pacientes diabéticos (Fedesalud 2006).

Los casos de la mortalidad materna y perinatal y de la sífilis congénita son particularmente llamativos dadas las altas coberturas de atención prenatal por personal profesional (94%), que el 83% de las embarazadas tuvo 4 o más controles y el 8% entre 2 y 3 y que el 92% tuvo atención institucional del parto. (Profamilia 2005). También llaman la atención las cifras de mortalidad materna de Bogotá y Antioquia (2007) en las cuales se observa una razón de mortalidad materna mayor en las mujeres aseguradas en el régimen subsidiado que en las no aseguradas (Fresneda y Martínez 2007, Nacer 2008).

Mientras el país presenta una tasa promedio de sífilis congénita de 2,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2006, Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle y Vichada, presentan tasas superiores a 1 por 1.000 y 16 de ellos tasas entre 2,1 y 5,9 (Instituto Nacional de Salud 2007).

Igualmente, otras investigaciones documentan otros aspectos deficientes en diferentes aspectos de la atención. Fedesalud (2006) lo hace en el manejo de los pacientes diabéticos y Peñaloza (2005) en los servicios que prestan los aseguradores del régimen subsidiado.

Para su estudio Fedesalud seleccionó pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que habían ingresado, entre el 1° de julio de 2003 y el 30 de junio de 2005, a clínicas renales en 10 ciudades distribuidas en 4 regiones del país. En su análisis encuentra que sólo un 25% de los pacientes recibió una atención buena o pasable y que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de Diabetes Mellitus y el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica no pasaba de 13 años cuando la literatura refiere 20 a 30 años.

Al analizar datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, Flórez encontró que “En los últimos cinco años, la mala calidad del servicio cobró

importancia como razón para no acudir al médico ante una enfermedad. En el 2000, 10% de los que no usaban los servicios daban como razón la mala calidad. En el 2005 fue el 22%, y llegó al 25% en la zona urbana, al 28% en Bogotá y al 34% en el quintil superior de riqueza. En todos los grupos entre 2000 y 2005 aumentó la mala calidad como argumento para no utilizar el servicio" (Flórez y otros 2007, p. 24). Este hallazgo, si bien sugiere la presencia de un problema de calidad, debe ser tomado con las debidas reservas ya que se fundamenta en un número muy reducido de observaciones que no tiene significancia estadística.

Por su parte, Roldán y otros encontraron, en una observación en seis hospitales públicos a lo largo de seis meses entre 1999 y 2000, resultados preocupantes por problemas de calidad en servicios de nutrición y dietética, terapia respiratoria y fonoaudiología (Roldán, Vargas, Giraldo, Valencia, García y Salamanca 2001).

Molina y otros, en un estudio cualitativo que realizó entrevistas a profundidad en tres etapas distintas a 179 expertos de 96 instituciones de salud, públicas y privadas, de distinto nivel en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, documentan serios problemas de acceso y de calidad. Estas entrevistas se realizaron a médicos, especialistas, enfermeras, profesionales de la salud, administradores de IPS, EPS y entes territoriales; usuarios y representantes de organizaciones ciudadanas y comunitarias (Molina, Muñoz, Ramírez 2009).

La presión por la facturación de servicios y la producción de rendimientos económicos, ha llevado a la práctica de controles de costos que implican el establecimiento de cuotas para procedimientos diagnósticos y medicamentos a prescribir e incentivos positivos y negativos para los médicos, según se ciñan o no a las cuotas establecidas con detrimento de la calidad de la atención e inclusive a la alteración de la veracidad de la historia clínica. Esta situación genera serios dilemas éticos para la práctica profesional (Molina y otros 2009).

Los autores concluyen que hay un conflicto de valores, estructural y complejo, dado por la tensión entre los principios y derechos establecidos en la Constitución de 1991 y los fundamentos de Leyes de mercado, la búsqueda de rentabilidad económica como fin fundamental, las prácticas clientelistas y el predominio del interés particular sobre el interés colectivo.

3. *¿Ha mejorado la equidad⁴⁶ en el acceso a los servicios de salud?*

De nuevo, la falta de una línea de base nos impide responder a esa pregunta. Sin embargo, sí es posible afirmar que existen serios problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud, en la actualidad y a pesar del aseguramiento.

El hecho mismo de ofrecer tres modalidades diferentes de aseguramiento (contributivo, subsidiado y parcial) con distintas coberturas de servicios y además con menos cobertura para las poblaciones más pobres, implica ya una in-

⁴⁶ Entendemos por inequidades aquellos diferenciales injustos existentes entre distintos grupos humanos (geoDiagramas, étnicos, socioeconómicos, por género) y que son prevenibles mediante políticas públicas.

equidad estructural. Para los trabajadores independientes de bajos ingresos que quieran afiliarse al régimen contributivo, el tener que asumir el costo total de la contribución⁴⁷ se constituye también en una barrera inequitativa. Esta inequidad es causada por la manera como se ha aplicado la ley, y obedece a una racionalidad económica fundamentada en el argumento de la insuficiencia de recursos.

Esta situación se ve reflejada en los resultados de varios estudios que documentan el menor acceso a los servicios de salud de la población no asegurada (Yepes y Ramírez 2006, Zambrano y otros 2008, Vecino-Ortiz 2008) así como la diferencia en acceso entre la población subsidiada y la contributiva (Tono y otros 2002, Yepes y Ramírez 2006, Flórez y otros 2007, Tovar y García 2007, Zambrano y otros 2008, Vecino-Ortiz 2008).

En el caso del régimen subsidiado la estructura misma del Paquete Obligatorio de Servicios (POS) genera inequidades importantes como es el caso de la no provisión de servicios de mamografía y biopsia de mama (de Charry y otros 2008), la menor probabilidad de que las madres utilicen servicios de salud materna adecuados en comparación con las afiliadas al régimen contributivo (Tovar y García 2007).

Aunque se ha observado una reducción en los diferenciales de acceso a varios servicios de salud (atención prenatal, atención institucional del parto) entre 1990 y 2005 tanto urbano-rurales como entre regiones y niveles de ingreso, persisten inequidades en todas estas dimensiones, particularmente en el nivel de ingreso. En el caso de la citología de cérvix los diferenciales son pequeños, no así en la mamografía en donde hay muy grandes diferenciales tanto por región, como urbano-rurales y por nivel de ingreso (Flórez y otros 2007).

En las coberturas de vacunación un estudio encontró que aunque persisten desigualdades entre los diferentes municipios, éstas disminuyen al comparar los años 2000 y 2003 al estudiar el Coeficiente de Gini y la curva de Lorenz de las coberturas municipales del conjunto de vacunas del PAI (Acosta y Rodríguez (2006).

4. *¿Se ha mejorado el nivel de salud de los colombianos y la equidad en salud en términos de nivel de salud?*

Es claro que el nivel de salud de una población sólo en parte depende del acceso y la calidad de los servicios de salud. El conocido concepto del “campo de salud” (Lalonde 1974) plantea la influencia de los factores genéticos, comportamentales y ambientales y las formulaciones contemporáneas de los determinantes sociales de la salud (OMS 2008) reconocen el papel de aspectos como la educación, el ingreso, el empoderamiento, el estrés, la exclusión social, las experiencias tempranas de la vida.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, los servicios de salud tienen un papel importante que jugar y un aporte que hacer al nivel de salud.

⁴⁷ En este caso no hay la contribución patronal.

Dentro del modelo teórico de la Ley 100 se espera que la universalización del seguro, la disminución de las barreras y la mejora en el acceso a los servicios de salud y en su calidad, resulten en mejoras en los resultados de salud y en su equidad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la mejora en la equidad en los resultados de salud, a partir de acciones sobre los servicios de salud, tiene importantes limitaciones en una sociedad inequitativa como la colombiana, dado el peso de los determinantes sociales de la salud.

El modelo de la Ley 100, en su concepción y luego en su aplicación, se centra en la atención individual de la enfermedad a través del aseguramiento, con un papel marginal de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y un desconocimiento notable de la salud pública.

La información disponible muestra que los resultados de salud expuestos a través de una serie de indicadores importantes no corresponden a lo que podría esperarse de un esfuerzo de la magnitud que la reforma colombiana ha implicado.

a. La mortalidad evitable⁴⁸

El análisis del comportamiento de la mortalidad evitable entre 1985 y 2001 realizado por Gómez⁴⁹ (2006) muestra una serie de resultados altamente preocupantes, más cuando se contextualizan en un momento en el cual se ha aumentado significativamente el gasto en salud. No sólo no se ve un quiebre en la tendencia de las muertes evitables que refleje el mayor gasto en salud, sino que en muchas se observa, en el período, una desaceleración o un franco deterioro. Gómez, clasifica las muertes evitables en Colombia en cinco categorías de acuerdo con su comportamiento:

1. Las que vienen disminuyendo sin variación significativa y cuya tendencia no refleja cambios atribuibles a variaciones en las políticas sanitarias.
2. Las que vienen en aumento sin variación y en las cuales tampoco se observan cambios que reflejen los efectos de las políticas sanitarias (dengue en mujeres).
3. Las que venían en descenso y cuya disminución se desaceleró desde comienzos de la década de 1990 (mortalidad general en mujeres, evi-

⁴⁸ Un análisis reciente de investigadores de la Universidad de Antioquia sustenta que los estudios de mortalidad en Colombia han subestimado las tasas reales de mortalidad debido al subregistro existente sobre el número de muertes (numerador) y a la sobreestimación de la población (denominador) al utilizar las proyecciones intercensales con base en el censo de 1993 cuando el censo de 2005 la obliga a corregir hacia abajo. Las tasas reales de mortalidad serían superiores a las que se han documentado. (Gómez y cols. en proceso de publicación)

⁴⁹ Este estudio trabaja sobre las cifras de mortalidad provistas por el DANE a partir de las cuales calcula las tasas de mortalidad ajustadas por el método directo, la razón comparativa de mortalidad por el método directo y regresiones de *joinpoint* para determinar puntos de inflexión.

tables por saneamiento en hombres y mujeres, diarrea en menores de cinco años, tuberculosis, tétanos en mujeres e IRA (gráfico 3.8).

4. Las que venían disminuyendo y viraron hacia el aumento a mediados de los noventa, mostrando un deterioro mayor que las anteriores (tos ferina, dengue en hombres, desnutrición infantil, muertes evitables por prevención primaria en su conjunto, por causas obstétricas y malaria, que coinciden con la implementación de la reforma) (gráficos 3.9 y 3.10).
5. Las que se han recuperado como la mortalidad evitable por violencia, accidentes y otras evitables por medidas mixtas, cuya disminución se puede atribuir más a cambios en el comportamiento de la violencia que a medidas sanitarias.

El estancamiento o el deterioro de la mortalidad evitable por prevención primaria tienen por lo menos una explicación parcial en la disminución en las coberturas de vacunación. Encuestas de Demografía y Salud (1995, 2000 y 2005).

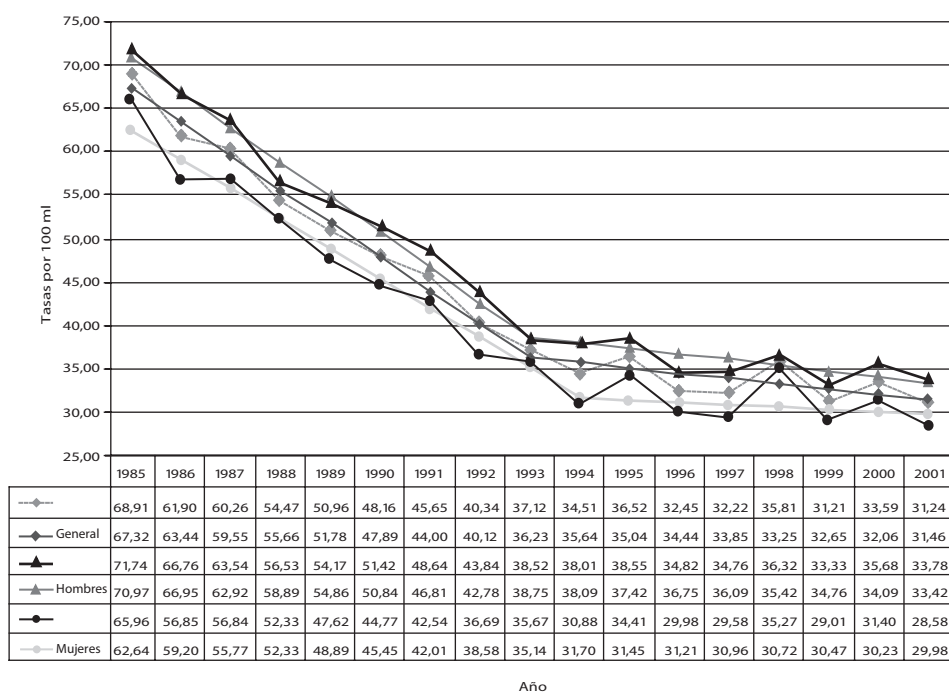
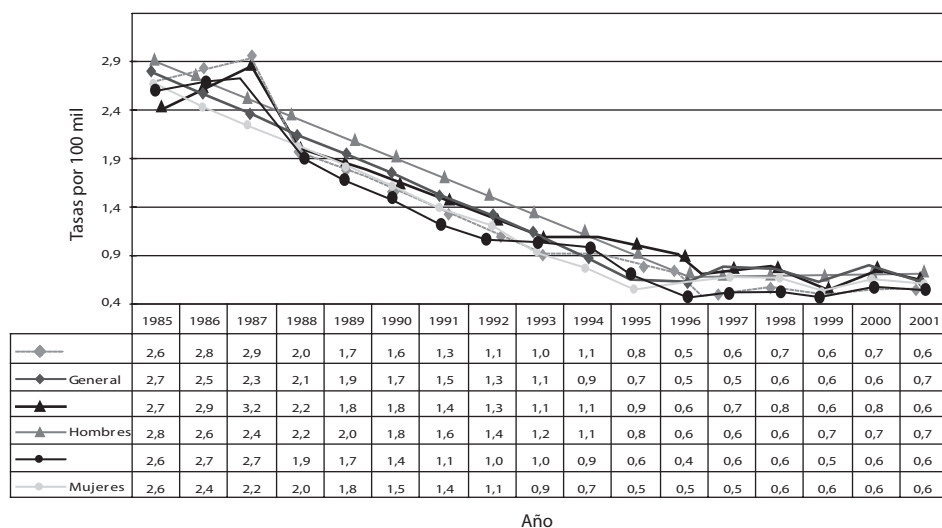


Gráfico 3.8⁵⁰

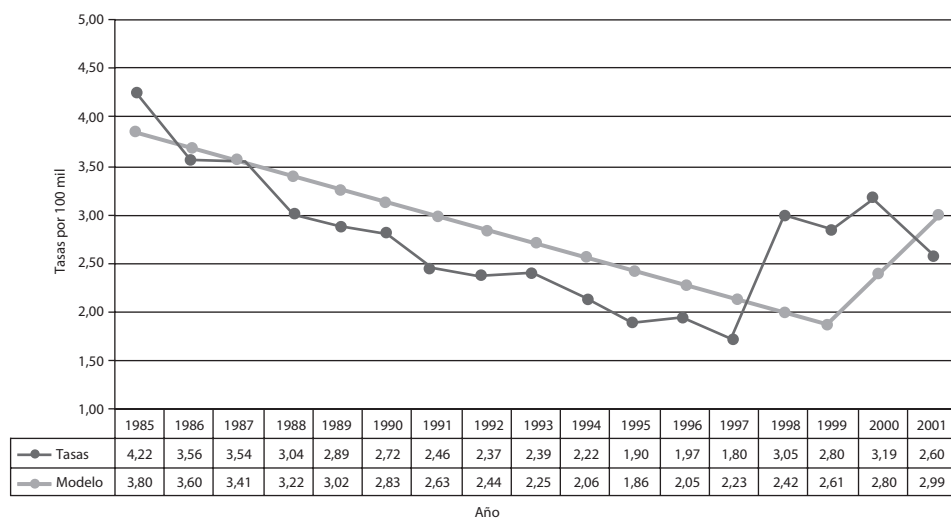
Mortalidad evitable por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años. Análisis de joinpoint. Colombia, 1985-2001

Fuente: Gómez 2006.

⁵⁰ Los gráficos 3.8, 3.9, 3.10 y 3.11 se incluyen con la autorización del autor.

**Gráfico 3.9****Mortalidad evitable por prevención primaria. Análisis de *joinpoint*. Colombia, 1985-2001**

Fuente: Gómez 2006.

**Gráfico 3.10****Tendencia de la mortalidad por causas obstétricas. Tasas ajustadas. Análisis de *joinpoint*. Colombia, 1985-2001**

Fuente: Gómez 2006.

b. La tuberculosis

Son múltiples las evidencias que sustentan la seria situación de la tuberculosis y el deterioro de los programas de control de la misma en el país. Estas van desde los documentos de la OPS/OMS que se fundamentan en estadísticas oficiales (OPS/OMS 2006), hasta diversas investigaciones realizadas por distintos grupos de investigadores (Laserson, Osorio, Sheppard, Hernández, Benítez, Brim y otros 2000; Ayala Cerna y Kroger 2002; De la Pava, 2002; Chaparro y otros 2004; Arbeláez y otros 2004; Carvajal, Cabrera y Mosquera 2004; Carvajal, Cabrera y Mateus 2004; Moreira y otros 2004; Mateus y Carvajal 2006; Segura, Ángela, Rey, Arbeláez 2006).

El caso de la tuberculosis es el que presenta un mayor acopio de información de diferentes fuentes informes oficiales basados en datos administrativos (OPS/OMS 2006), estudios biomédicos y epidemiológicos locales (Lareson y otros 2000), estudios basados en datos administrativos de nivel nacional (Chaparro y otros 2004), estudios cualitativos (Carvajal, Cabrera y Mosquera 2004, Ayala Cerna y Kroger 2002), cuantitativos (Arbeláez y otros 2004). Los hallazgos de todos estos estudios son muy coherentes en mostrar un deterioro del programa de control de TB en el país y una situación epidemiológica preocupante por la baja búsqueda de contactos, la deficiente supervisión de los tratamientos, la baja tasa de curación y la alta incidencia de multidrogo resistencia.

En su Plan Regional para el Control de la Tuberculosis, la OPS/OMS clasifica a Colombia en el escenario IV (el peor) debido a que presenta una incidencia de casos nuevos estimados de 50 por cada 100.000 habitantes y una cobertura de DOTS inferior a 75%. La tasa de curación es de 60% frente a una meta de 85% y la tasa de detección de apenas de 31,4% frente a una meta de 70%.

Los estudios realizados en Antioquia y el Valle muestran un deterioro de los programas de control de la tuberculosis que los diferentes investigadores asocian al proceso de descentralización y a la implantación del aseguramiento (Ley 100 de 1993).

Un estudio de nivel nacional realizado a partir de datos administrativos de los reportes territoriales al Programa de Control de Tuberculosis (Chaparro P. y otros 2004) concluye que la incidencia por todas las formas aumentó de 21 en 1997 a 26 por 100.000 habitantes en 2002. Encuentra dos tercios de las entidades territoriales con incidencias superiores al promedio nacional, seis departamentos de muy alto riesgo con tasas superiores a 50 por 100.000, dieciséis departamentos y un distrito, de alto riesgo con tasas entre 25 y 50. Los departamentos de muy alto riesgo pasaron de tres en 2000 a seis en 2002. Los investigadores anotan que hay fragmentación de instituciones y empresas, descenso en la detección, diagnóstico y tratamiento de enfermos. En 2001 se detectó sólo el 57,5% de los pacientes esperados (OMS).

Otros investigadores en Antioquia (Segura y otros 2006) que utilizan series de tiempo para estudiar tendencias de mortalidad e incidencia de egresos hospitalarios por TB en Antioquia a partir de datos secundarios, observan que los indicadores de mortalidad y egresos muestran cambios a partir de 1992 (inicio de la descentralización); la tasa de mortalidad que venía en descenso se esta-

bilizó a partir de 1992 y los egresos presentan aumento en las proporciones en 1994 y 1996. Anotan los investigadores, que los cambios coinciden con la descentralización y la implantación de la Ley 100 con efectos de fragmentación, desarticulación de los servicios y manejo inadecuado de medicamentos.

Los estudios cualitativos basados en entrevistas a diversos actores documentan el deterioro de los programas de control de tuberculosis, la disminución en la búsqueda de contactos, la pérdida de la capacidad de gestión de los mismos a nivel de los entes territoriales, la pérdida de liderazgo de los entes territoriales y la fragmentación de la atención. Carvajal, Cabrera y Mateus realizaron el estudio en siete municipios del Valle del Cauca, Ayala Cerna y Kroger en tres municipios de dos departamentos (Antioquia y Vichada) y Arbeláez y otros en dos municipios de dos departamentos (Antioquia y Córdoba).

Cabrera y Mateus (2004) encontraron que cinco de los siete municipios que antes tenían un equipo multidisciplinario con médico, enfermera, bacterióloga, neumólogo, trabajador social, auxiliar de enfermería y educador en salud, ahora sólo tienen una persona a cargo, que hay reducción del papel estatal en vigilancia y control y no encontraron participación de aseguradores privados contributivos y subsidiados en los programas de control de TB. Sólo 42,3% de las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS públicas ofrecían programas de control y sólo 3% de las privadas.

Arbeláez y otros (2004) en un estudio cuanti-cualitativo que incluye un estudio de caso realizado en Medellín y Montería con 25 entrevistas a prestadores públicos y privados, autoridades municipales, departamentales y aseguradores, el análisis de datos secundarios del Ministerio de la Protección Social, y de registros locales y un estudio de cohorte de pacientes tuberculosos, documentan un descenso en la cobertura del BCG a nivel nacional de 90% en 1996 a 80% en 1999, la disminución en la búsqueda de casos e investigación de contactos, bajas tasas de curación y falta de seguimiento de pacientes que afecta principalmente a los más pobres, la fragmentación en la atención y en un análisis de cohorte de pacientes tuberculosos encuentran una alta proporción de pacientes que no completan el tratamiento.

Encuentran falta de coordinación, atomización y discontinuidad del proceso técnico con fragmentación del servicio. Anotan una pérdida de liderazgo estatal y limitada capacidad para necesidades de inspección, monitoreo y control. El número de contactos identificados y seguidos muestra tendencia a disminución; en 1998 fue sólo 1/3 de lo observado en 1990.

Laserson y otros (2000) estudiaron la multidrogo resistencia en Buenaventura, mediante marcadores de DNA (*DNA fingerprinting*) y llegaron a la conclusión de que ésta se debe, en esa ciudad, a un mal manejo clínico y fallas en el seguimiento de los pacientes más que a transmisión comunitaria. Por su parte, Moreira y otros (2004) encontraron en la misma ciudad una resistencia inicial a cualquier droga del 25% y multiresistencia primaria en un 6%, mediante el análisis de dos encuestas realizadas, la primera entre 1997 y 98 y la segunda entre 2000 y 2001.

Por otra parte, De la Pava, Salguero y Alzate (2002) estimaron el riesgo medio anual de infección en personas no expuestas, a partir de datos del programa de

control de TB de Cali entre 1970 y 1998 para lo cual utilizaron modelos determinísticos. Sugieren que se ha dado un deterioro del programa de control.

Mateus y Carvajal (2006) documentan igualmente una alta tasa de incumplimiento (65%) en el tratamiento, en un estudio de cohorte (300 pacientes) en 5 municipios del Valle de Cauca.

c. La mortalidad por causas obstétricas y originadas en el período perinatal⁵¹

La mortalidad por causas obstétricas

La grave situación de la mortalidad materna fue aceptada en 2004 cuando el Ministerio de la Protección Social decidió lanzar un plan de choque con miras a reducirla. En ese momento se estimaba una razón de 104,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En 1997 el DANE estableció un nuevo sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales con cambios en el certificado de defunción tendientes a corregir el reporte de la mortalidad materna. Este nuevo sistema entró en vigencia a partir de 1998 y rediseñó el certificado de defunción para mejorar la captación de muertes maternas por causas indirectas que estaban siendo subreportadas. Sin embargo, en el país continúa existiendo un importante subregistro, en particular en determinadas regiones (Chocó, La Guajira, Amazonas, Vichada, Vaupés, Guainía, Putumayo).⁵²

El estudio de Gómez (2006) sobre mortalidad evitable, mediante el análisis de *joinpoint* de las tasas ajustadas de mortalidad obstétrica, en el período 1985-2001, documentó el deterioro de la mortalidad por causas obstétricas a partir de 1996. El riesgo de muerte obstétrica que venía disminuyendo desde el comienzo de la serie estudiada (1985) a un ritmo de 0,2 muertes por cien mil, “se invierte a partir de 1996 y asciende a un ritmo anual de 0,2 defunciones por cien mil”. Según estos datos el notable aumento en la mortalidad materna “pudo haber comenzado en 1996, dos años antes de que se hubiera puesto en marcha el nuevo sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales y tres años antes de que los cambios en la mortalidad pudieran atribuirse a sus efectos”.

Gómez reconoce que aunque una proporción importante del aumento de muertes podría atribuirse a las mejoras en el registro con posterioridad a 1998, los datos sugieren deterioro en el control de la mortalidad por causas obstétricas que pudo haber empezado antes de la implantación del nuevo sistema de Registro Civil y de Estadísticas Vitales.

Saboyá (2005) en una tesis de maestría de la Universidad Nacional realizó un análisis ecológico⁵³ a partir de los datos de defunción del DANE. Encontró

⁵¹ Ver nota 33.

⁵² El Ministerio de la Protección Social comisionó un estudio sobre el subregistro de la mortalidad materna pero no ha dado a conocer sus resultados.

⁵³ Los estudios ecológicos estudian grupos en vez de individuos; en este estudio se consideraron como grupos las regiones geográficas.

un aumento en la mortalidad materna ajustada, entre 1990 y 2001 (de 104,6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 115,97). En este hallazgo es necesario tener en cuenta, como lo anota la autora, los cambios en los registros a partir de 1998. Ella igualmente anotó el aumento en las muertes a partir de 1996 en las áreas urbanas y un descenso en las rurales, para lo cual no ofrece una explicación.

Encontró igualmente una mayor razón de mortalidad en mujeres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, y plantea como hipótesis que se pueda dar un subregistro en las no afiliadas. Encontró que el riesgo de morir en 2000 fue mayor para las mujeres subsidiadas en regiones aparentemente con mayor acceso a los servicios de salud (centro oriente) que en zonas como la Amazonia y la Orinoquia, y supone un mayor subregistro en estas zonas.

A partir del análisis de las principales causas que son todas prevenibles por una buena atención (toxemia, hemorragias, sepsis, abortos), la autora sugiere un posible deterioro en la calidad de la atención y manifiesta que “quizá pueda pensarse en que la ocurrencia de muertes maternas esté asociada más que a condiciones de pobreza y acceso a servicios de salud, a condiciones de calidad de la atención en el nivel individual pues a pesar del aumento de coberturas y acceso ha aumentado igualmente la razón de mortalidad”.

Tanto el estudio de Gómez como el de Saboyá utilizan las mismas bases de datos del DANE y coinciden casi totalmente en el período analizado (1985-2001 y 1987-2001), difieren en la técnica de análisis y coinciden notablemente en los hallazgos.

Por otra parte, las estadísticas oficiales de Bogotá, que tienen una tasa de subregistro inferior al 1 %, muestran que las mujeres aseguradas en el régimen subsidiado tienen un mayor riesgo de morir a causa del embarazo, el parto y el puerperio que las no aseguradas (Fresneda y Martínez 2007, Secretaría Distrital de Salud 2008). Tal como lo plantean Fresneda y Martínez, con la información disponible hoy no podríamos decir si estas diferencias son atribuibles al aseguramiento o a diferencias entre las mujeres aseguradas y no

Cuadro 3.1

Número de muertes maternas y razón de mortalidad por 100.000 nacidos vivos en Bogotá entre 2002 y 2006 por régimen de aseguramiento

Régimen	Tasa x 100.000 NV.				
	2002	2003	2004	2005	2006
Contributivo	46,9	43,3	48,2	39,7	27,2
Subsidiado	94,0	86,9	91	88,2	106,3
Vinculado	87,0	64	74,1	70,8	44,6

Fuente: Cifras reportadas por la Secretaría Distrital de Salud a partir de datos del DANE.

aseguradas.⁵⁴ Es necesario tener en cuenta que Bogotá tiene una política muy sólida de atención a la población no asegurada y que la forma de contratación entre la Secretaría Distrital y los hospitales (IPS) no es por capitación como sí lo es entre éstos y las aseguradoras.

La anterior información se debe mirar en conjunto con la evolución de la atención prenatal por profesionales y de la atención institucional del parto. De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud entre 1995 y 2005 la proporción de mujeres con cuidado prenatal por médico o enfermera pasó de 82,6% a 93,5%, y la proporción de partos atendidos por médico o enfermera pasó de 84,6% a 90,7% (cuadro 3.2).

Este aumento en la atención institucional del parto muy posiblemente ha tenido consecuencias en un mejor registro de las muertes maternas; por otra parte, tanto el aumento del control prenatal profesional como de la atención profesional del parto deberían haber tenido un impacto en la reducción de las muertes maternas.

La mortalidad perinatal

De acuerdo con Gómez (2006, p. 210) la mortalidad por causas originadas en el período perinatal “disminuyó con altibajos hasta 1996”, empezó a aumentar a partir de 1997 y lo hizo en forma sostenida hasta 2000 cuando empezó a descender de nuevo, pero en 2001 mostraba niveles similares a los de 1986.

En este caso, al igual que en las muertes obstétricas, es posible que la mayor cobertura del parto institucional y las reformas del certificado de defunción del DANE hayan conducido a un mejor reporte de las muertes. Igualmente sería de esperarse que la mayor cobertura de la atención prenatal y de la atención institucional del parto tuviese un efecto en la reducción de la mortalidad perinatal, lo cual no parece suceder (gráfico 3.11).

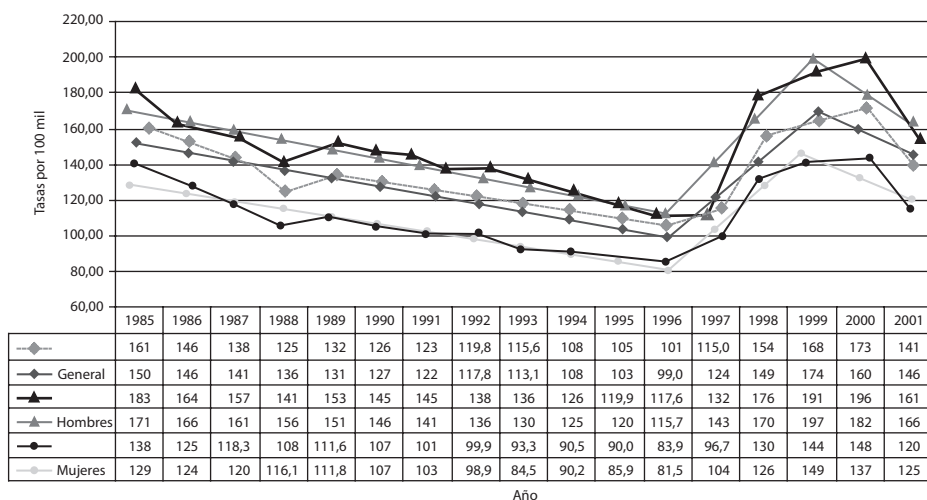
Cuadro 3.2

Atención del parto y cuidado prenatal por médico y enfermera en Colombia, 1995, 2000 y 2005

	1995	2000	2005
Parto por comadrona	8,5	8,7	5,7
Parto por MD o enfermera	84,6	86,4	90,7
Cuidado prenatal por MD ó enfermera	82,6	90,8	93,5

Fuente: Estudio Nacional de Demografía y Salud, 1995, 2000 y 2005.

⁵⁴ Dos de los autores adelantan en este momento un estudio de casos y controles que trata de responder a esta pregunta.

**Gráfico 3.11****Tendencia de la mortalidad por causas originadas en el período perinatal.****Análisis de joinpoint. Colombia, 1985-2001***Fuente:* Gómez 2006.

Las estadísticas oficiales reconocen una razón de mortalidad materna de 75,02 por 100.000 nacidos vivos (2006) (Así Vamos Salud 2008). Muy posiblemente si se corrigiera por el subregistro la cifra estaría alrededor de 99.⁵⁵

Al analizar en conjunto la mortalidad materna y la perinatal, así como las altas coberturas del control prenatal y de la atención del parto por profesionales, surge la pregunta sobre la calidad de la atención que se está prestando en estos dos eventos. Esta duda adquiere mayor fuerza cuando se pone en conjunto con la alta prevalencia de sífilis gestacional (2,2%) e incidencia de sífilis congénita de 2,7% de nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud 2007).⁵⁶ Es de anotar que por lo menos 16 departamentos presentan tasas entre 2,1 y 5,9 (Instituto Nacional de Salud 2007).

Un estudio de Camacho y Conover (2008), permite conocer otros aspectos de la influencia de la afiliación al régimen subsidiado, utilizando otras variables de medida. Según sus hallazgos hay una relación significativa entre la afiliación al régimen subsidiado y el peso al nacer, pero no encuentra mejora significativa en el acceso a la consulta prenatal ni al parto institucional.

⁵⁵ Lamentablemente el Ministerio de la Protección Social no ha dado a conocer oficialmente los resultados del estudio que comisionó sobre el subregistro de la mortalidad materna.

⁵⁶ De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, la incidencia de sífilis congénita de Colombia es una de las más altas de la región.

d. El deterioro de las enfermedades transmitidas por vector

La situación de las enfermedades comunicables por vector es particularmente difícil de evaluar por la complejidad de una serie de factores contextuales.

Por una parte, la compleja situación de orden público que impide el acceso del personal de salud a importantes zonas del territorio nacional y los cambios en la situación epidemiológica debido a la resistencia de los vectores a los químicos.

Por otra, la descentralización con el desmonte de las estructuras verticales afectó la capacidad instalada, dispersó los recursos humanos y creó un vacío de liderazgo institucional. Esta situación se agravó con el fraccionamiento de responsabilidades generado por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993). Varios investigadores han identificado estos problemas (Kroger Axel, Ordóñez-González y Aviña 2002, Fedesalud 2007, Jiménez, Hinestroza, Gómez 2007, Molina, Muñoz, Ramírez 2009). Según Fedesalud (2007, p. 115), Colombia es el país que presenta los peores resultados en el área andina en el caso de la malaria debido al “financiamiento, el esfuerzo diagnóstico, la respuesta al incremento de la malaria, así como por la fragmentación y desarticulación de las responsabilidades en el campo de la prevención en salud”.

e. La persistente inequidad en resultados de salud

Persisten notables diferenciales en nivel de salud entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias se dan por nivel educativo, nivel de ingreso, región del país y por régimen de aseguramiento.

La mortalidad infantil es 25% mayor en la zona rural, 42% mayor en la región Pacífica que en la Oriental y 220% mayor en los más pobres que en los más ricos. Aunque los diferenciales socioeconómicos y regionales se disminuyeron entre 1990 y 2005, los urbanos rurales se aumentaron (Flórez y otros 2007) (cuadro 3.3).

En el caso de la desnutrición crónica se observan igualmente importantes diferenciales urbano-rurales, regionales y por nivel de ingreso. Todos los diferenciales se aumentaron entre 1990 y 2005. (Flórez y otros 2007). Igualmente, Vega y otros (2008) al estudiar el comportamiento de la anemia ferropénica a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, encuentran que la anemia es dos veces mayor en los niños pobres de 1 a 4 años, 1,8 veces más en los niños pobres de 5 a 12 años que en los niños del quintil más rico. Igualmente encuentran que en la región Atlántica se presenta 1,7 veces más ferropenia que en la región Central.

Lo positivo y lo negativo de la reforma

Una forma complementaria, que puede ser ilustrativa, de agrupar los resultados es hacerlo en términos de lo que se puede considerar como resultados positivos y negativos de la reforma. El diagrama 3.1 sintetiza los principales hallazgos de

Cuadro 3.3**Mortalidad infantil y desnutrición crónica en menores de cinco años
Colombia 2005**

	Mortalidad infantil tasa por 1.000 n.v.	Desnutrición crónica %
Zona		
Urbana	20,5	7,6
Rural	26,4	14,9
Región		
Oriental	19,6	9,1
Central	19,8	8,5
Bogotá	21,9	9,5
Atlántica	23,6	12,1
Pacífica	27,8	10,1
Ingreso (quintil)		
Más ricos (q5)	16,6	2,1
Más pobres (q1)	42	16,9

Fuente: Tomado de Flórez y otros 2007.

este estudio desde esta perspectiva y añade un listado de problemas estructurales-coyunturales preponderantes.

Los estudios que documentan los resultados positivos, realizados por diversos investigadores, están basados, casi todos, en diferentes tipos de análisis cuantitativos que utilizan las mismas fuentes de datos secundarios: las Encuestas de Calidad de Vida, ECV de 1993, 1997, 2003 y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS de 1990, 1995, 2000 y 2005. Estas encuestas fueron realizadas todas sobre muestras representativas de la población colombiana y sus resultados son inferibles a la misma. Alguna información proviene de datos administrativos (Gasto en Salud de Cuentas Nacionales de Salud y de los informes de la Contraloría General de la Nación). Estos estudios se centran fundamentalmente en el financiamiento, el aseguramiento, la focalización de los subsidios, la equidad en el aseguramiento y el gasto público y privado en salud.

Los estudios que documentan los *resultados negativos*, también realizados por diversos investigadores, utilizan distintas metodologías (cuantitativas, cualitativas y mixtas); los hay de ámbito nacional, regional y local y están casi en su totalidad basados en la recolección de datos primarios. También hay estudios fundamentados en datos administrativos y algunos de estos resultados se obtienen también de las encuestas anteriormente citadas. A estos estudios es necesario añadir la abundante evidencia coloquial que refuerza los hallazgos.



Diagrama 3.1

Resultados de la reforma colombiana de la salud (Ley 100 de 1993)

Los *problemas estructurales y coyunturales* son en su mayoría autoevidentes, algunos vienen del mismo diseño del sistema, sobre todo del régimen subsidiado, pero también se han documentado en algunos de los estudios o surgen como conclusión de varios de los resultados anotados.

1. Los resultados positivos

Los principales resultados positivos que han sido documentados son la disminución del gasto de bolsillo, el aumento en la cobertura del aseguramiento total, contributivo y subsidiado, y la mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo, la mejor focalización de los subsidios, el mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada y el aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1997 y 2003.

a. Disminución del gasto de bolsillo

El gasto privado total en salud, sin incluir cotizaciones al sistema, por su parte, pasó de representar el 3,3% del PIB en 1993 (53% del gasto total de salud) a ser

1,2% en 2003 (15% del gasto total de salud) mientras que el gasto de bolsillo se redujo de 2,7 puntos del PIB a 0,6 en el mismo período⁵⁷ (Barón 2007, p. 96).

En 1977-80 la proporción del ingreso familiar gastado en salud fue de 12,1% (Velandia y Yepes 1986), en 1997 fue de 10,7 y en 2003 de 7,24%.

b. La mejor focalización de los subsidios

La focalización de los subsidios ha mejorado notablemente. Entre 1993 y 1997 los subsidios para el cuarto quintil pasaron de 0,61% al 0,51% del PIB y para el quinto de 0,38 a -0,20%. El 62% de los subsidios iba al 40% más pobre, y el quinto quintil tenía un subsidio negativo (Yepes y otros 2007).

Lasso (2004), en un estudio para el Departamento Nacional de Planeación encontró que el régimen subsidiado en salud es el más redistributivo de los programas sociales vigentes en el país, con un coeficiente de concentración de -0,409. (El 20% de la población más pobre recibió el 40,9% del total de subsidios, y el quintil más rico el 3,1%.)

Ramírez y otros encontraron un mayor efecto de los subsidios en los estratos más bajos y en los hogares de menores ingresos en Bogotá, utilizando datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003. (Ramírez, Acosta, Gamboa, Guerra, Misas y Zambrano 2006). El valor absoluto de los subsidios y el porcentaje de subsidio en el ingreso del hogar son mayores en promedio para los estratos más bajos.

En su etapa inicial el SISBEN fue evaluado por Arévalo, Martínez y Rodríguez (2002) y por Fresneda (2003) quien estudió su sensibilidad (exclusión de pobres) y especificidad (inclusión de no pobres), pero en la etapa presente no sabemos cuál sea su sensibilidad / especificidad dado el carácter reservado de su información actual.

Esta exclusión de pobres en áreas urbanas es claramente percibida por las comunidades como lo evidencian Barajas y otros (Barajas 2002) quienes han reportado las percepciones de poblaciones excluidas del aseguramiento por la aplicación del SISBEN en la ciudad de Bogotá. Las personas a quienes se les aplica el SISBEN lo perciben como el instrumento que los incluye o los excluye de un servicio. Se sienten excluidas porque la clasificación del nivel de pobreza o riqueza y la decisión de no afiliarse al régimen subsidiado a quienes estén por encima de cierto nivel no corresponde a su situación real y lo consideran arbitrario.

A pesar de las ganancias que se han logrado en la focalización de los subsidios, la aplicación del SISBEN ha presentado múltiples problemas. Se ha documentado doble afiliación al régimen subsidiado y contributivo, así como afiliación al régimen subsidiado sin tener el SISBEN (Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social y Misión Social, Ministerio de Salud 2003).

⁵⁷ Los datos suministrados por Cuentas de Salud no permiten conocer cómo se ha dado esa reducción por niveles de ingreso de la población.

c. Aumento en la cobertura del aseguramiento total, contributivo y subsidiado

El aumento del aseguramiento reportado y documentado ampliamente, es un logro importante, aunque es necesario subrayar la importancia de reconocer la inequidad de la estructura actual del mismo y lo erróneo de sumar las coberturas de los diferentes regímenes como unidades comparables. Este es un aspecto que será afectado por la sentencia de la Corte Constitucional en su mandato de igualar los contenidos de los diferentes POS.

d. Mejora en la equidad del aseguramiento

La disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo es una ganancia en la equidad del aseguramiento, pero debe ser interpretada en el contexto de las diferencias entre los distintos POS y teniendo en cuenta los diferenciales de acceso real a los servicios entre los diversos regímenes, lo que hace esta ganancia menos significativa.

e. El mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada

Como ya se anotó anteriormente, se ha observado un mayor acceso de la población asegurada tanto contributiva como subsidiada a la primera consulta. Sin embargo, la información disponible está mostrando la existencia de importantes barreras de acceso para servicios ulteriores como referencia a especialista, exámenes diagnósticos y medicamentos.

f. El aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1993 y 1997

El cambio anotado entre 1993 y 1997 se da claramente en la población asegurada y no sucede en la no asegurada, lo que permite suponer que este hecho podría ser atribuible a la norma que estableció la demanda inducida para procedimientos preventivos (Resolución 412 de 2000).

2. Los resultados negativos

Hay algunos en los cuales se dispone de línea de base y es posible establecer que se dio un deterioro de la situación. En los demás, aun cuando no se puede documentar un empeoramiento de la situación, se trata de condiciones no aceptables técnicamente y menos cuando se ha dado un incremento significativo del gasto en salud. En su conjunto esta evidencia apunta a la existencia de serios problemas en el acceso y en la calidad.

a. La mortalidad evitable⁵⁸

El estancamiento en las ganancias que se venían observando, o el deterioro de una serie de indicadores de mortalidad evitable, al tiempo que los recursos del sector se multiplican por seis en pesos constantes y sin que medien condiciones epidemiológicas o de otra índole que lo justifiquen, es un signo de alerta sobre la efectividad y calidad de las acciones de salud que se han adelantado.

b. La tuberculosis

La situación del programa de control de la tuberculosis, anotada anteriormente, es grave y refleja la sumatoria de efectos negativos de la forma como se adelantó la descentralización de la salud en el país y de la pérdida de liderazgo técnico del Ministerio de la Protección Social complementado por la fragmentación de las responsabilidades y de los servicios, y la predominancia de los incentivos financieros a partir de la Ley 100 de 1993.

c. La mortalidad materna y perinatal

El deterioro de la mortalidad materna y perinatal, a la vez que se mejoran las coberturas de atención institucional por profesionales, del cuidado prenatal y del parto, lleva a plantear sospechas fundadas sobre la calidad de los servicios que se están ofreciendo, sospecha que se refuerza ante la situación de la sífilis congénita. No hay razones aparentes, diferentes a una calidad deficiente del cuidado prenatal, para que existan los niveles observados en el país de sífilis congénita, dada la alta cobertura del cuidado prenatal por profesionales. Lo mismo se puede decir de los niveles de mortalidad materna y perinatal frente a los altos niveles tanto de atención prenatal como de atención institucional del parto por profesionales.

d. Las barreras de acceso

La magnitud del número de tutelas por servicios de salud cubiertos en el POS y negados por las aseguradoras es una muestra abrumadora de la gravedad de la situación. Son servicios que las aseguradoras están negando a sus afiliados, a pesar de estar cubiertos en el POS y por tanto estar también (supuestamente)

⁵⁸ Un análisis reciente de investigadores de la Universidad de Antioquia sustenta que los estudios de mortalidad en Colombia han subestimado las tasas reales debido al subregistro existente sobre el número de muertes (numerador) y a la sobreestimación de la población (denominador) al utilizar las proyecciones intercensales con base en el censo de 1993 cuando el censo de 2005 la obliga a corregir hacia abajo. Las tasas reales de mortalidad serían superiores a las que se han documentado. (Gómez y cols. en proceso de publicación)

costeados en la UPC. Pero además diversos estudios han documentado la existencia de barreras de diferente índole que están afectando el acceso a los servicios de salud. (Arbeláez y otros 2004, Carvajal, Cabrera y Mosquera 2004, Wiesner, Tovar, Cendales, Vejarano 2006, Wiesner-Ceballos y otros 2009). La reducción de la tasa de consulta y hospitalización entre 1997 y 2003, a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento y del gasto en salud, refuerza la hipótesis de un posible efecto racionador en el sistema (Zambrano y otros 2008; Unger, De Paepe, Ghilbert, Soors, Green 2006) el cual constituye una barrera de acceso.

e. La capacidad instalada en salud pública en los entes territoriales de salud

Varios investigadores han documentado el deterioro de la capacidad instalada de los entes territoriales para el cumplimiento de las labores de salud pública. Este deterioro se inició a partir de la descentralización y se agudizó con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993) y ha implicado la pérdida de recurso humano calificado, el nombramiento de recurso humano no calificado, el cierre de programas, la fragmentación de la prestación de los servicios. Esta pérdida de capacidad ha sido documentada en los programas de vacunación, de control de enfermedades transmitidas por vectores, de tuberculosis. (Ayala Cerna y Kroger 2002; Arbeláez y otros 2004; Kroger, Ordóñez-González, Aviña 2002; Peñaranda, Bastidas, Ramírez, Lalinde, Giraldo, Echeverri. 2002; Carvajal y otros 2004.)

Carvajal, Cabrera y Mosquera (2004) encontraron, en siete municipios del Valle del Cauca, que se ha dado reducción de personal a cargo del programa de TB y nombramiento de personal no idóneo, así como pérdida del papel de control y regulación de las entidades estatales (desmonte del programa vertical) y desintegración de sistema de información y monitoreo mientras que las EPS y ARS eluden sus responsabilidades y establecen barreras de acceso a los servicios de TB.

Ayala Cerna y Kroeger (2002), encontraron, en tres municipios de dos departamentos diferentes, que éstos no tienen injerencia sobre las EPS, lo que debilita su papel controlador, que hay deficiencia en la búsqueda de contactos por aseguradores, que éstos establecen límites sobre el número de exámenes y que hay fragmentación en manejo de TB.

Por su parte, Arbeláez y otros (2004) en Medellín y Montería hallaron pérdida de liderazgo estatal, limitada capacidad para necesidades de inspección, monitoreo y control, tendencia a la disminución en el número de contactos identificados y seguidos, y fragmentación por contratación y aseguramiento.

f. El deterioro de las enfermedades transmitidas por vector

Como ya se planteó, la descentralización con el desmonte de las estructuras verticales, afectó la capacidad instalada, dispersó los recursos humanos y creó un vacío de liderazgo institucional, lo que se agravó con el fraccionamiento de

responsabilidades generado por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993).

g. La disminución de las coberturas de vacunación

Las estadísticas administrativas del Ministerio de la Protección Social, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud y otros investigadores documentan una importante disminución en las coberturas de vacunación en el país entre 1996 y 2002, año en el cual se inicia una recuperación que aún no logra llegar a los niveles previos (Profamilia 2005, Acosta y Rodríguez 2006).

Una parte de la explicación ha sido atribuida a la deficiente compra de insumos biológicos por parte del Ministerio y otra al fraccionamiento de las responsabilidades con el sistema de aseguramiento adoptado.

h. La calidad en la atención de salud

Como ya se presentó anteriormente, son múltiples los hallazgos que arrojan serias dudas sobre la calidad de los servicios que se están prestando.

En su conjunto los estudios documentados plantean unos signos de alarma, muy preocupantes, sobre el funcionamiento y los resultados del sistema de salud colombiano, que ameritan un análisis de fondo con miras a buscar soluciones satisfactorias (cuadro 3.4).

Los problemas estructurales y coyunturales

El principal problema estructural de la reforma está dado por centrarse en el aseguramiento de los servicios personales de salud y olvidar una visión integral de la salud desde una perspectiva multifactorial y multisectorial. Las acciones del sector se han concentrado durante estos 15 años en el sistema de aseguramiento, en su operación y viabilidad financiera, y no existe una política nacional de salud, ni una política nacional tendiente a reducir las inequidades de salud.

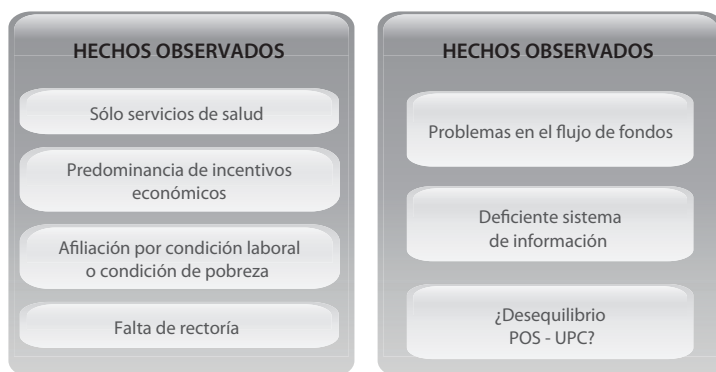


Diagrama 3.2
Problemas estructurales y coyunturales

Cuadro 3.4
Signos de alarma en el sistema colombiano de salud

Hechos observados	Soporte bibliográfico	Tipo de evidencia
Deterioro o estancamiento en las ganancias de la mortalidad evitable	Gómez 2006	A
Pobre calidad en los programas de control de tuberculosis, bajas tasas de curación, altas tasas de tuberculosis multidrogorresistente primaria, baja búsqueda de contactos	OPS/OMS 2006 Lareson y otros 2000 Ayala Cerna y Kroger 2002 De la Pava 2002 Chaparro y otros 2004: Arbeláez y otros 2004 Carvajal, Cabrera y Mosquera 2004 y Carvajal, Cabrera y Mateus 2004 Moreira y otros 2004 Mateus y Carvajal 2006 Segura y otros 2006	A B B B B B B B
Deterioro a partir de 1996 y permanencia de niveles inaceptables de mortalidad materna a pesar de altos niveles de parto institucional	Saboyá 2005 Gómez 2006	A A
Altos niveles de sífilis congénita a pesar de alta cobertura del control prenatal	Rodríguez y Acosta 2001 Instituto Nacional de Salud 2003 Instituto Nacional de Salud 2007 Periódico <i>El Pulso</i> 2006	A A A
Mala calidad en el tratamiento de los pacientes diabéticos	Fedesalud 2006	A
Frecuencia inaceptable de complicaciones de enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda en menores de cinco años	Unión Temporal CCRP, Assalud, Bdo 2003 Sivigila	A
Elevado volumen de no entrega de servicios cubiertos en el POS	Defensoría del Pueblo 2003 Defensoría del Pueblo 2005 Rodríguez 2008	A A B
Alta proporción de no entrega de medicamentos prescritos	Mejía y otros 2002 Zambrano y otros 2008	B
Menor acceso y peores resultados de salud de los afiliados al régimen subsidiado	Tono y otros 2002 Peñaloza 2005 Yepes y Ramírez 2006	A A B

(Continúa)

Cuadro 3.4 (Continuación)

Hechos observados	Soporte bibliográfico	Tipo de evidencia
	Fresneda y Martínez 2007	B
	Secretaría Distrital de Salud 2008	B
	Wiesner-Ceballos y otros 2009	A
	de Charry, Roca y Carrasquilla 2008	A
Deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales	Ayala Cerna y Kroger 2002	B
	Arbeláez y otros 2004	B
	Kroger, Ordóñez-González, Aviña 2002	B
	Peñaranda y otros 2002	A
	Carvajal, Cabrera y Mateus 2004 y Carvajal,	B
	Cabrera y Mosquera 2004	B
	Jiménez, Hinestroza, Gómez (2007)	B
	Wiesner-Ceballos y otros 2009	A
Reducción de las tasas de inmunización entre 1996 y 2002, sin que se recuperen los niveles iniciales todavía	Profamilia 2005	A
	Datos administrativos del MPS	A
	Acosta y Rodríguez 2006	A
Alto fraccionamiento de la atención	Arbeláez y otros 2004	B
	Fedesalud 2007, p. 115	B
	Molina, Muñoz, Ramírez 2009	A
Problemas de acceso para población dispersa	Fedesalud 2004	B
Predominio de incentivos económicos	Unión Temporal CCRP, Assalud, BDO, 2003.	A
	Arbeláez y otros 2004	B
	Wiesner-Ceballos y otros 2009	A
	Molina y otros 2009	A
Problemas en el flujo de fondos	Jaramillo (2002)	A
	Ayala Cerna y Kroeger 2002	B
Falta de rectoría	Restrepo, Rodríguez y Arango 2001	A
	Gómez y Sánchez 2006	A
	Corte Constitucional 2008	A
	Molina y otros 2009	A

Un segundo problema estructural se da en la conformación de dos regímenes, uno condicionado a la vinculación laboral y otro a la comprobación de la condición de ser pobre. A diferencia de los sistemas en donde la población tiene derecho por la condición de ser ciudadano o residente, en éste se generan una serie de costos de transacción adicionales por la necesidad de comprobar periódicamente la condición de pobreza y por la inestabilidad del empleo que genera movilidad entre un régimen y el otro.

El sistema de mercado dentro del cual está inmerso el sistema de salud requiere un costo operativo del mantenimiento de unas bases de datos actualizadas con un registro oportuno y meticuloso de nuevas afiliaciones, retiros, muertes y traslados, sobre el cual se efectúan los pagos a las aseguradoras y a los prestadores. A lo anterior se suman las situaciones extraordinarias que generan glosas en los organismos pagadores y que se explican por la doble afiliación y doble pago en un sistema de por sí muy complejo; así mismo existen graves inconsistencias en los registros básicos atribuibles, en ocasiones, a entidades nacionales responsables del sistema de identificación (Registraduría del Estado Civil); en otras, a intereses económicos de algunos actores que postergan la actualización oportuna de la información, y, en otras, a la incapacidad de los administradores territoriales del sistema de información en los diversos niveles, especialmente en el nivel local. A la postre esta situación produce entramamiento del flujo de recursos, el incremento indebido de la cartera de los prestadores y la atención oportuna de los usuarios.

Eventualmente, todos los demás problemas se podrían considerar coyunturales ya que no están inscritos en el diseño mismo del sistema, sino en la manera como la reforma se ha aplicado.

La diferencia en los paquetes de servicios (POS), que supuestamente era transitoria, se ha alargado durante 15 años y además se han creado otros POS diferentes que agravan la situación de inequidad. La entrega de un POS restringido a los más pobres genera una situación de inequidad y la ausencia de unos criterios explícitos para definir la conformación del POS le quita transparencia y posiblemente está en el fondo de la existencia de fraccionamientos anti técnicos en la cobertura de servicios.

El predominio de los incentivos financieros sobre los resultados de salud (Molina G. y otros 2009, Wiesner-Ceballos y otros 2009, Arbeláez y otros. 2004, Assalud, CCRP, BDO 2004, O'Meara y otros 2003) surge igualmente una práctica que ha privilegiado la rentabilidad-facturación y la deficiencia en la rectoría del sistema para orientar su funcionamiento y defender el bien común.

La rectoría del sistema ha sido cuestionada en diferentes ocasiones (Molina, Muñoz, Ramírez 2009, Corte Constitucional 2008, Gómez Conrado y Sánchez Luz Helena 2006, Restrepo, Rodríguez y Arango 2001) tanto por el papel deficiente del Ministerio de Salud / Ministerio de la Protección Social, como del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El incompleto sistema de información (Carvajal R. Cabrera G. y Mosquera J. 2004) se debe a la falta de decisión política para diseñarlo y ponerlo en funcionamiento en forma oportuna. A pesar de los avances parciales importantes

que se han logrado, subsisten deficiencias no solucionadas en las bases de datos de afiliación y en la producción de información oportuna y confiable sobre los resultados de salud.⁵⁹

Las demoras en el flujo de fondos (Jaramillo Iván 2002, Ayala Carlos y Kroeger Axel 2002) se deben a prácticas oportunistas de los diversos actores (FOSYGA, entes territoriales, EPS) y a deficiencia en la rectoría.

El posible desequilibrio en la relación POS-UPC (O'Meara y otros 2003, Ruiz 2005) inicialmente atribuible a la falta de información (Castaño 2004), en este momento es también atribuible a deficiencias en la rectoría.

Las limitaciones del estudio

Este estudio tiene las limitaciones de una revisión sistemática de la literatura en el sentido que está circunscrito a la documentación que se ha podido identificar. A pesar del esfuerzo para explorar múltiples fuentes y por incorporar publicaciones de diversa índole, es muy posible que se hayan quedado sin registrar algunos documentos relevantes.

Hay un tema importante que no fue desarrollado debido que no se encontraron estudios relevantes. Es el caso de los recursos humanos que han sido el foco de numerosos estudios contratados por el Ministerio de la Protección Social y realizados por diversas instituciones nacionales e internacionales. Estos estudios dirigidos a sustentar un “Plan de largo plazo para el desarrollo de los recursos humanos de salud en Colombia” han enfocado aspectos de la formación de los recursos humanos en salud, de la acreditación de los programas de formación, del tipo de recursos humanos disponibles, pero no han analizado las condiciones de la práctica profesional que ha sido sometida a cambios fundamentales, ni la calidad de los profesionales.

Otro tema importante sobre el cual no encontramos documentación adecuada es el de los costos de transacción que están identificados, en parte, pero no cuantificados.

La privatización progresiva del aseguramiento en salud con la extinción del Instituto de Seguros Sociales, de la Caja Nacional de Previsión, tampoco es tratado en este estudio a falta de investigaciones que documenten el proceso. Investigaciones como las de Gómez Suárez, Ronald Eduardo (2007) y Castaño y Zambrano (2005) documentan el fenómeno de selección adversa que se dio, lo que indudablemente fue un factor contribuyente, pero la situación fue de una complejidad mayor y huérfana de estudios satisfactorios.

⁵⁹ Sólo en 2005 el Ministerio de la Protección Social contrató el diseño de un sistema integral de información. Este sistema que se llamó Sistema Integral de Información de la Protección Social, SISPRO, aún no entra en pleno funcionamiento.

Interpretación de los resultados y recomendaciones de acción

Las políticas públicas requieren la mejor información disponible para su formulación y evaluación. Idealmente, ésta debería ser confiable y rigurosa, aunque en la vida real las políticas con frecuencia se formulan más por intereses, condiciones políticas, o presiones de diversa índole.

Generar una visión integral y no sesgada de la reforma colombiana de la salud no es fácil, ante todo debido a las posiciones extremas entre los defensores del mercado y los defensores del servicio público de salud. Tampoco lo es, dado que se trata de analizar una política pública que afecta intereses económicos importantes y toca valores como el derecho a la salud, la equidad y la transparencia en la gestión pública.

Sin embargo, la información encontrada y analizada, proveniente de múltiples investigaciones realizadas con diversas metodologías y por distintos investigadores, confluye en mostrar una situación preocupante en donde a pesar de unos logros concretos, subsisten problemas centrales que arrojan dudas sobre la eficiencia del esfuerzo que los colombianos hemos hecho en términos de gasto en salud.

Los resultados de la triangulación de los diferentes tipos de evidencia recolectada, cuantitativa, cualitativa y no científica otorgan solidez a los hallazgos presentados en este estudio. El panorama que se presenta muestra una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y en la calidad de los servicios.

El objetivo de todo sistema de salud es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población al tiempo que disminuye las inequidades existentes. Este objetivo se restringe cuando el sistema se circunscribe fundamentalmente al aseguramiento, como ha sido el caso en la reforma colombiana.

De acuerdo con el modelo teórico, la Ley 100 de 1993 pretende mejorar la eficiencia y la equidad del sistema mediante: a) la creación de un seguro universal que reduzca las barreras y mejore el acceso a los servicios de salud, y b) a través de la provisión de los servicios con un sistema competitivo que garantice la libre elección. Con la utilización de subsidios busca la solidaridad financiera y la equidad.

Sin embargo, los resultados presentados muestran que después de 15 años y de un aumento significativo en el gasto de salud, persiste la inequidad en salud tanto en términos del acceso al aseguramiento como a los servicios de salud y en los resultados generales. A lo anterior es necesario agregar serias dudas sobre la calidad de los servicios.

La inequidad en salud es una resultante de la inequidad social. Ante la ausencia de una política de salud pública que parta de los determinantes sociales de la enfermedad y que desarrolle acciones estatales para enfrentarlos en una forma integral será imposible lograr avances significativos.⁶⁰

Los avances logrados en reducción de inequidades en cobertura de aseguramiento, son atenuados dada la estructura fundamentalmente inequitativa de los POS. Debido a esto, la reducción de inequidades en coberturas de aseguramiento aparece sobrevalorada en los análisis que se han realizado.

Los resultados de los diferentes estudios analizados muestran, por otra parte, la persistencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y entre la población asegurada y la no asegurada, así como entre distintas regiones del país. Igualmente documentan la persistencia de grandes diferenciales en resultados de salud por nivel educativo, ingreso, zona de residencia y región del país.

Los problemas estructurales/coyunturales de regímenes de aseguramiento con Paquetes Obligatorios de Servicios que discriminan negativamente a los más pobres, la falta de rectoría, de vigilancia y control del sistema, la ausencia de una estimación técnica de la Unidad de Pago por Capitación y el desequilibrio entre los incentivos financieros muy fuertes y los de producción de resultados de salud casi ausentes, están en el fondo de los resultados negativos observados.

Una pregunta legítima para ser planteada es, si los resultados positivos logrados, por sí solos, justifican el aumento en el gasto que se ha realizado, y otra es ¿cuál ha sido el destino del mayor gasto en salud de los colombianos?

Interpretación de los resultados

El aumento en la cobertura del aseguramiento, la disminución del gasto de bolsillo, el mayor acceso a una primera consulta en la población asegurada y la mayor consulta de sano, si bien importantes, se desvirtúan con resultados negativos que son de una gran magnitud. El estancamiento y el deterioro en mortalidad evitable, los problemas de calidad de la atención, las numerosas ba-

⁶⁰ La extensa revisión de evidencia realizada por la Comisión sobre los Determinantes Sociales (OMS) muestra una notable convergencia de resultados de múltiples investigaciones desde la economía, la sociología, la psicología, la neurobiología y la medicina que llevan a entender que más allá del daño que las circunstancias materiales desventajosas pueden causar, el significado de ser pobre, desempleado, excluido socialmente y estigmatizado también tiene un efecto sobre la salud. (Wilkinson y Marmot 2003, p. 9). Por esto las políticas modernas de salud pública incorporan acciones intersectoriales convergentes del Estado sobre los diferentes determinantes sociales de la salud.

rreras al acceso a los servicios y la deformación ética de la práctica profesional plantean serias dudas sobre el desempeño de esta reforma.

El incremento de los recursos, que para todos los analistas no deja de ser significativo, no sólo ha permitido ampliar la cobertura del aseguramiento sino que además ha facilitado un complejo sistema de intermediación entre múltiples actores, y de retención innecesaria de recursos en cada eslabón de la cadena de transacciones, mediante la cual algunos actores se lucran indebidamente y otros financian, aunque sea provisionalmente, diversas actividades del gobierno o del sector privado, generando además onerosos “costos de transacción” y descargando el peso de las moras en el flujo de los recursos en los hombros del prestador inicial de los servicios, que se convierte, por obra de prolongados movimientos financieros, en el receptor final de los pagos.

Varios de los resultados positivos que han sido reportados hasta ahora tienen que ser revisados críticamente como ya se anotó. Es el caso de las coberturas del aseguramiento que deben ser corregidas por el contenido del paquete obligatorio de servicios (POS) y el mayor acceso a la primera consulta que debe ser interpretado teniendo en cuenta las múltiples barreras existentes para poder acceder a exámenes diagnósticos, especialistas y medicamentos. Además, el mantenimiento de algunas tendencias seculares, como la de disminución de la mortalidad infantil, tiene que ser valorado teniendo en cuenta el notable aumento del gasto en salud (total, público y de seguridad social) que no se ve reflejado en un aceleramiento del gradiente.

Por otra parte los resultados negativos, debido a que han sido reportados en estudios dispersos que antes no se habían puesto en conjunto, no han tenido la visibilidad que se les debería haber dado.

Estos dos hechos, el sobredimensionamiento de los resultados positivos y, subdimensionamiento de muchos de los resultados negativos, no han permitido un análisis técnico crítico, abierto. Este análisis es indudablemente una necesidad prioritaria que la comunidad académica debe promover con los decisores y de cara a la sociedad.

¿Qué razones pueden explicar que ante un aumento tan importante de los recursos destinados a la salud, los logros obtenidos sean tan reducidos y los problemas de tal magnitud? Se pueden aducir por lo menos dos tipos de causas: estructurales y coyunturales.

La gran limitante estructural radica en que la reforma no tiene un enfoque integral de la salud dentro de un marco de sus determinantes sociales. Se centra en el aseguramiento de los servicios personales de salud con un enfoque que prioriza la atención de la enfermedad y da un tratamiento secundario a actividades colectivas de salud que la Ley denomina el Plan de Atención Básica, PAB⁶¹ y a actividades individuales de prevención y promoción dentro del POS.

El PAB tardó dos años en ser reglamentado⁶² y luego fue implementado deficientemente. Por otra parte, aunque la Ley contempló una financiación específi-

⁶¹ Artículo 165 de la Ley 100 de 1993.

⁶² Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996.

ca para actividades individuales de prevención y promoción,⁶³ las aseguradoras no las tomaron en serio y el Ministerio no ejerció la rectoría por lo que su desarrollo fue muy pobre. Las actividades intersectoriales para buscar objetivos de salud han estado notablemente ausentes y no existe nada que se pueda asimilar a un plan nacional de salud o a unas políticas nacionales de salud.

Esto ha sido corregido parcialmente por la Ley 1122 de 2007, al establecer la obligatoriedad del Plan Nacional de Salud Pública, cuyo desarrollo y resultados deberán ser evaluados en los años subsiguientes. Sin embargo, este plan sólo le da a los determinantes sociales un tratamiento retórico.

Por otra parte, las principales limitantes coyunturales tienen que ver con la deficiente rectoría del sistema, la insuficiente vigilancia y control, la falta de estudios técnicos que soporten un cálculo de la UPC, el desequilibrio entre incentivos financieros y por resultados de salud, y un deficiente sistema de información. A lo anterior es necesario añadir la posible existencia de altos costos de transacción y las demoras exageradas en los flujos de fondos.

Deficiente rectoría

La rectoría a cargo del Ministerio de Salud, que luego fue fusionado con el de Trabajo en un nuevo ente llamado de la Protección Social, ha sido deficiente en forma ostensible.

Por una parte, el Ministerio en sucesivas reformas se debilitó en sus aspectos técnicos de salud pública y, por otra, no ha ejercido un claro direccionamiento del sistema, al punto de ser requerido por la Corte Constitucional para que cumpla sus funciones.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al cual la Ley le asignó importantes funciones de rectoría, ha tenido grandes limitaciones para ejercerla (Restrepo, Rodríguez y Arango 2001; Gómez Conrado y Sánchez, Luz Helena 2006), los entes territoriales por decisión del Ministerio no pueden actuar sobre las EPS del régimen contributivo y la Superintendencia Nacional de Salud, cuya función es la vigilancia y control del sistema, no ha tenido los recursos suficientes para esto.

El deficiente sistema de información

A pesar de que se han hecho avances importantes, no se cuenta todavía con un sistema de información mínimamente satisfactorio.

Las bases de datos de los afiliados presentan problemas de doble afiliación y de falta de oportunidad en el registro de las novedades (retiros, traslados, etc.), el registro de la morbilidad atendida, para la cual en parte se diseñó el sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios-RIPS, ha operado con muchas limitaciones por deficiencias en la rectoría, y el registro de la morbilidad de obligatorio reporte (Sivigila) funciona con problemas importantes de subregistro y

⁶³ Artículo 222 de la Ley 100 de 1993.

de falta de oportunidad. Por otra parte, las “cuentas de salud”, que tuvieron un esfuerzo importante para el período 1993-2002, no se han continuado.

¿Equilibrio POS-UPC?

El sistema se concibió para que funcionara alrededor de un eje central constituido por el equilibrio entre el costo del Paquete Obligatorio de Servicios, POS y la Unidad de Pago por Capitación, UPC. Sin embargo, en ningún momento en los 15 años de operación de la reforma se ha contado con un estudio técnico serio que permita una estimación adecuada de la UPC. La UPC inicial se estableció a partir de cálculos que utilizaron la información de que se disponía en ese momento (bastante deficiente) y se ha ajustado históricamente con criterios más políticos que técnicos.⁶⁴ Los ajustes han tratado de reflejar la evolución del salario mínimo y en ningún momento la del IPC de salud. Por otra parte los diferentes POS no están fundamentados en criterios explícitos, conocidos y acordados, lo que los convierte en listados de poca transparencia y que en ocasiones muestran ausencia de lógica científica (*ej.* no cobertura de mamografía y biopsia de mama).

Desequilibrio entre incentivos financieros y por resultados en salud

A lo anterior es necesario añadir el gran desequilibrio existente entre unos incentivos financieros muy fuertes y la práctica ausencia de incentivos por resultados de salud. Todos los actores están sometidos a un sistema en el cual la facturación de servicios es fundamental para garantizar una rentabilidad. Este es el caso aún en los hospitales públicos que, al ser transformados en Empresas Sociales del Estado, quedamos sometidos al mismo tipo de incentivos.

Si bien no conocemos una evidencia publicada, es una hipótesis plausible que el monto de la UPC no refleja el costo real del POS. Ante una rectoría deficiente, escasa vigilancia y control e inexistencia de incentivos por resultados en salud, la situación observada de mecanismos extremos de control del gasto, aun a costa de la calidad de la atención y del ejercicio ético de la profesión (Molina, Muñoz, Ramírez 2009) encuentra una posible explicación dada la prioridad que, en un sistema de mercado, los agentes le dan a la rentabilidad empresarial. Pero, además, no existe un acuerdo sobre las ganancias permisibles a los diversos actores ni mecanismos para ejercer control sobre las mismas.

La predominancia de los incentivos financieros y de la facturación acompañada de las barreras de acceso como mecanismo de control de costos, la fragmentación de los servicios y las restricciones a la autonomía profesional constituyen un ciclo de mala calidad (diagrama 4.1).

Aún teniendo en cuenta la multifactorialidad de la salud y el limitado papel de los servicios de salud en el resultado final, la comparación entre el aumento

⁶⁴ Aunque el Programa de Apoyo a la Reforma (PARS) del Ministerio de la Protección Social afirma lo contrario (Ministerio de la Protección Social 2008), no se conocen estudios técnicos que hayan hecho análisis de los costos del POS a fin de sustentar las decisiones sobre el monto de la UPC.



Diagrama 4.1
El ciclo de mala calidad

observado en el gasto en salud (gráfico 3.1) y los resultados observados en mortalidad evitable (gráficos 3.7, 3.8 y 3.9) plantean dudas acerca de la eficiencia de la reforma.

Los anteriores resultados igualmente nos permiten cuestionar el sobredimensionamiento que se le ha otorgado al aseguramiento, sin que se hayan establecido los mecanismos para garantizar el acceso y la calidad.

La sentencia T 760 de 2008 de la Corte Constitucional⁶⁵ es un reconocimiento de hecho a la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud por parte de las aseguradoras y a la falta de presencia de los organismos del Estado responsables de proteger a los ciudadanos y garantizarles un acceso sin barreras a unos servicios de calidad.

Las posibles soluciones

Se han identificado distintas posiciones y propuestas para mejorar la situación del sistema de salud, que pueden agruparse en dos conjuntos de alternativas:

1. Las de quienes admiten bondades y fortalezas en el sistema vigente y proponen ajustes en su diseño e implementación.
2. Las de quienes consideran que la lógica del mercado no es aplicable a la salud y no conduce a la equidad, por lo cual la solución debe buscarse en el diseño de un sistema diferente.

⁶⁵ Esta sentencia, de una gran trascendencia para el sistema de aseguramiento, enjuicia el papel de rectoría de los órganos directivos del sistema y manda tomar una serie de medidas explícitas para garantizar el acceso, eliminar las barreras e igualar los paquetes de servicios de los dos regímenes de aseguramiento.

Propuestas para el fortalecimiento del sistema actual

Estas propuestas parten de la base de reconocer el aseguramiento como un modelo razonable para facilitar el acceso a los servicios de salud siempre y cuando se corrijan las fallas identificadas.

Sin embargo, es indispensable, ante todo, que se trascienda el aseguramiento y se formule una política nacional que parta del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud de los colombianos. Este tipo de política tiene que priorizar la reducción de las inequidades y por tanto trascender la mera prestación de servicios de salud y liderar acciones multisectoriales que se enfoquen en la reducción de los diferenciales en aseguramiento, acceso a servicios y nivel de salud de los distintos grupos humanos.

Ya en el campo del aseguramiento, se requieren acciones en por lo menos tres niveles: el de la rectoría del sistema, el de la normatividad y el del fortalecimiento de la democracia.

1. La rectoría del sistema

Una rectoría fuerte, transparente y que defienda el interés ciudadano, es requisito fundamental para el funcionamiento del sistema y la defensa del bien público.

En el caso colombiano este fortalecimiento de la rectoría requiere el desarrollo de varios componentes complementarios en el ente rector: la plena operación del sistema de información y su acceso público, el fortalecimiento técnico de la salud pública y la epidemiología, el funcionamiento de la Comisión Reguladora establecida por la Ley 1122 de 2007, el fortalecimiento del ente a cargo de la vigilancia y control, y la decisión y capacidad política para ejercer la defensa del bien público.

a. Poner en funcionamiento el sistema de información y garantizar su plena accesibilidad pública

Un sistema de información integral y de acceso público es fundamental para el control de gestión del sistema, para el control social y para la rendición de cuentas en todos los niveles.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) cuyo diseño el Ministerio de la Protección Social contrató en 2005 y que ya está en operación parcial, contempla los elementos esenciales y ha logrado avances importantes, pero se necesita su pleno funcionamiento.

En particular son necesarios esfuerzos importantes para garantizar: a) el funcionamiento satisfactorio y confiable del módulo de aseguramiento a fin de eliminar las dobles afiliaciones, así como los rezagos en la incorporación de novedades, y b) la oportunidad y calidad en el registro del uso de servicios y de la morbilidad (Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila y registro de defunciones).

Por otra parte, es necesario abolir la privatización de la información financiera del sistema. Dado que se trata de un servicio público, que en parte administran entes privados por delegación, la información debe ser de dominio público y estar sometida al escrutinio social. Sobra decir que toda la información del SISPRO debe ser de dominio público.

b. El fortalecimiento técnico de la salud pública y la epidemiología

Durante los últimos 15 años, y dada la prioridad que se le concedió al aseguramiento, el ministerio en sucesivas reformas redujo los equipos profesionales a cargo de los programas de salud pública y de vigilancia epidemiológica. Esta es una deficiencia que necesita ser enmendada con carácter urgente.

c. La conformación de la Comisión de Regulación en Salud, CRES

La creación de la CRES mediante la Ley 1122 de 2007 puede significar un cambio cualitativo que redunde en un mejor desempeño del sistema. La CRES podría recuperar el monopolio estatal o público de la información y buscar el bien común en el tema de la salud. Una de sus responsabilidades centrales es la comisión de estudios técnicos que permitan establecer el equilibrio entre el POS y la UPC, lo que se considera una condición fundamental para dar transparencia al sistema y establecer su real viabilidad económica.

Sin embargo, existen dos inquietudes centrales:

- A dos años de su creación el organismo no se ha conformado, lo que genera dudas acerca de la verdadera intención del gobierno por concederle autonomía y capacidad técnica para alcanzar una mejor dirección del sistema.
- Los comisionados tendrían que ser expertos seleccionados entre personajes destacados de la vida nacional, con autoridad moral y académica e independencia ante los diversos intereses, para enfrentarse al reto de definir los destinos del sistema. Estas personas no podrían representar intereses de ninguno de los actores del sistema.

d. Fortalecer la capacidad de la Superintendencia de Salud para ejercer la vigilancia y control del sistema

2. La normatividad

Es necesario hacer ajustes en la normatividad en varios aspectos prioritarios: en relación con el mandato de la Corte Constitucional (sentencia T 760 de 2008) y con el mandato de la Ley 1122 de 2007 para establecer un sistema de incentivos basado en resultados de salud.

a. El mandato de la Corte Constitucional en su sentencia T 760 de 2008

El mandato de la Corte Constitucional en su sentencia T 760 de 2008, que busca igualar los planes de beneficios, garantizar la universalización del seguro y eliminar las barreras de acceso, hace una presión importante para que el ministerio ejerza la rectoría y revise normas inequitativas como los POS diferenciales.

La unificación de los POS exige el análisis de su viabilidad económica y necesariamente debería obligar el estudio riguroso del destino de todos los recursos financieros del sistema, la reglamentación de los márgenes de ganancias permitidos a los diversos actores, la eliminación de los costos de transacción innecesarios, el control de los demás y el perfeccionamiento de los controles a la corrupción. Igualmente es necesario establecer en forma explícita los principios mediante los cuales se constituye el POS y hacer a éste los ajustes que la aplicación de dichos principios determine.

b. El mandato de la Ley 1122 de 2007 para establecer un sistema de incentivos por resultados de salud

El artículo 2 de la Ley 1122 de 2007 lo ordenó y el Ministerio de la Protección Social está en mora de reglamentarlo. El funcionamiento de este sistema está íntimamente ligado al pleno funcionamiento de un sistema de información transparente y es de central importancia para establecer un equilibrio ante los fuertes incentivos financieros.

3. El fortalecimiento de la democracia en el sistema

Para esto son necesarios el desarrollo y consolidación del control ciudadano y el diálogo social, así como el fortalecimiento de procesos de rendición de cuentas.

a. Control ciudadano y diálogo social

Para mejorar el desempeño del sistema y en particular la función de vigilancia y control, se considera importante propiciar y facilitar el control ciudadano, principalmente sobre las EPS, IPS y entidades territoriales. Sin embargo, para que este control ciudadano sea efectivo es necesario adelantar procesos de cualificación de los integrantes de los diversos organismos de participación. Esta es una labor que debe ser propiciada por el Estado y por las organizaciones educativas.

Las discusiones sobre logros, desafíos y retos del sistema de salud, sobre todo cuando existen creencias e intereses dispares, exige de todos una mayor participación de actores: los usuarios, los profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios, los aseguradores.

Este diálogo debe permitir resolver, en un plano racional y mediante una comunicación fluida, las diferencias que se presentan en los diagnósticos y las causas de los problemas. Para citar un ejemplo de esta investigación, esto podría hacerse frente al caso de la mortalidad materna, o la tuberculosis, de modo que

el Ministerio de la Protección Social presente sus análisis y además escuche los que realizan otros actores e investigadores.

b. La rendición de cuentas

La institucionalización de procesos de rendición de cuentas en los cuales se pueda establecer la participación de todos los actores, es un requisito para la democratización del sector. En la medida en que el sistema de información sea operativo y de acceso abierto y que el proceso de cualificación de los actores se cumpla, se podrá avanzar hacia un sistema de rendición de cuentas maduro, que se fundamente en información sólida y en análisis objetivos y honestos.

Hacia un nuevo sistema

La aspiración por un sistema de salud alternativo, fundamentalmente público, parte de reconocer que el sistema vigente no responde a los problemas de salud y se agotó, e igualmente del cuestionamiento que se hace al papel que agentes privados, de índole comercial e intereses esencialmente financieros, puedan jugar en la prestación de un servicio público como es la salud. Los principales interrogantes se refieren al predominio de la lógica del mercado y la intermediación en la prestación de servicios, lo que ha llevado a que el afán por la rentabilidad o el equilibrio financiero supediten el derecho a la salud y la equidad social. Por tanto, se piensa que es necesario construir un sistema que se base en la equidad y respete los propósitos constitucionales, de modo que el acceso y la calidad sean los elementos fundamentales.

La idea de un sistema alternativo va acompañada de la propuesta de regularlo a través de una Ley estatutaria que permita garantizar los derechos fundamentales. Además, si bien no hay una propuesta propiamente dicha sobre cómo sería el sistema, se admite la importancia de armonizar los propósitos sociales con la sostenibilidad financiera a nivel macro, pero a nivel micro se plantea la existencia de organizaciones sin ánimo de lucro mediadas por un riguroso control social que permita evitar los abusos que en muchas ocasiones se han dado con este tipo de entidades.

Referencias

1. Acosta Ramírez, Naydú y Rodríguez García, Jesús (2006). Inequidad en las coberturas de vacunación infantil en Colombia, años 2002 y 2003. *Rev. Sal. Pública*, sup. 8 (1): 102-115.
2. Acosta, Olga Lucía; Ramírez, Manuel y Cañón, Carlos Iván (2005). La viabilidad del sistema de salud: qué dicen los estudios. Fundación Corona. U. del Rosario.
3. Agudelo, Carlos A.; Arévalo, Decsi A.; Cárdenas, Raúl; Fresneda, Óscar; Jaramillo, Iván, Martínez, Patricia y otros (2002). CID, Universidad Nacional. PARS Ministerio de la Protección Social. Bogotá.
4. Almeida, Celia y Báscolo, Ernesto (2006). "Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature". *Cad. Saúde Pública*, vol. 22, suppl. Río de Janeiro.
5. Arbeláez, M.; Gaviria, M.; Franco, A.; Restrepo, R.; Hincapié, D. y Blas, E. (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt*; 2004(19): S25-S43.
6. Así vamos en salud (2008). http://www.asivamosensalud.org/index.php?view=article&catid=55%3AIndicadores&id=90%3ARaz%C3%B3n+de+mortalidad+materna.+&option=com_content&Itemid=74
7. Assalud-CCRP-BDO (2004). Evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica, PAB departamental y distrital. Ministerio de la Protección Social.
8. Ayala Cerna, Carlos y Kroeger, Axel (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad. Saúde Pública*, nov./dic., vol. 18, No. 6, p. 1771-1781.
9. Barajas, Luz Cristina; Conversa, Luigi y Vega, Román (2002). La focalización de subsidios para aseguramiento en salud: percepción de usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales. *Gerencia y Políticas de Salud*. No. 3, dic. X.

10. Bardach, E. (2000). *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*. New York: Seven Bridges Press.
11. Boada, Claudia Lucía y Cotes Benítez, Miriam (s.f.). Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Documento técnico.
12. Bowen, Shelley y Zwi, Anthony B. (2005). Pathways to "Evidence-Informed" Policy and Practice: A Framework for Action. *PLoS Med* 2(7): e166.
13. Brown, L. (1991). Knowledge and power: health services research as a political resource. En Ginzberg E. editor. *Health services research key to health policy*. Cambridge: Harvard University Press; pp. 20-45.
14. Camacho, Adriana y Conover, Emily (2008). Effects of Subsidized Health Insurance on Newborn Health in Colombia. Documentos CEDE, Universidad de los Andes, Bogotá. Agosto 15.
15. Canadian Health Services Research Foundation (2000). Knowledge transfer. Looking beyond health. Toronto, October 2000 http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/ktransfer_e.pdf (accessed Oct. 9, 2008).
16. Canadian Health Services Research Foundation (2006). Weighing up the evidence. Making evidence-informed guidance accurate, achievable, and acceptable. A summary of the workshop held on September 29, 2005, January 2006.
17. Carvajal, R.; Cabrera, G. y Mosquera J. (2004). Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Colombia Médica*, 2004.
18. Carvajal, R.; Cabrera, G. y Mateus, J. (2004). Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Biomédica*. 2004; 24 (Supl.): 138-148.
19. Castaño, Ramón Abel, Zambrano, Andrés (2005). Biased Selection within the social health insurance market in Colombia. Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Borradores de Investigación No. 63, mayo.
20. Castaño, Ramón Abel (2004). Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema general de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Fundación Corona, mayo 13.
21. Castaño Ramón Abel y otros (2002). Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Hlth Policy and Planning*: Dec.
22. Castaño, Ramón Abel; Arbeláez, J.J.; Giedión, Ú. y Morales, L.G. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Cepal. Unidad de Estudios Especiales. Santiago de Chile.
23. Céspedes, Juan Eduardo y otros (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev. Salud Pública*.

24. Chaparro, P.E.; García, I.; Guerrero, M.I. y León, C.I. (2002). Situación de la tuberculosis en Colombia -2002. *Biomédica* 2004 (24) (Supl.) 102-14.
25. Chicaíza, Liliana; Rodríguez, Fredy y García, Mario (2006). La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. *Revista de Economía Institucional*. 8:15 segundo semestre, pp. 269-289.
26. Cochrane, Archie. Effectiveness and efficiency. Random Reflections on Health Services. 1972, <http://www.cochrane.org>.
27. Commission on Global Governance (1995). Our Global Neighborhood. Oxford University Press. p. 2. Citado por: Weiss Thomas, Governance, good governance and global governance: conceptual and actual challenges. *Third World Quarterly* 21:3, pp. 793-814, 2000.
28. Conpes Social (2008). Documento número 55, feb. 5, p. 7.
29. Davies H.; NutLey, S. y Mancini, A. (2005). Assessing the impact of social science research: Conceptual, methodological and practical issues. Research Unit for Research Utilization, University of St. Andrews (www.st-andrews.ac.uk/~ruru).
30. De la Pava, Élmer; Salguero, Beatriz y Alzate, Alberto. Modelo matemático del riesgo anual de infección tuberculosa en Cali. *Rev Panam Salud Pública* 11 (3) 2002.
31. de Charry, Ligia Constanza; Roca, Sandra; Carrasquilla, Gabriel. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? *Colombia Médica*, vol. 39, No. 1, 2008 (enero-marzo).
32. de Charry, Ligia Constanza; Carrasquilla, Gabriel y Roca, Sandra. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. (En proceso de publicación).
33. Defensoría del Pueblo (2003). La tutela y el derecho a la salud 1999-2003.
34. Defensoría del Pueblo (2005). La tutela y el derecho a la salud 2003-2005.
35. Delgado, Adriana (2002). Contribución del análisis de políticas a la formulación y gestión de políticas públicas. *Papel Político* No. 14. Septiembre (85-98). Universidad Javeriana, Bogotá.
36. Departamento Nacional de Planeación (1999). Evaluación al Sistema de Seguridad Social, Bogotá.
37. Departamento Nacional de Planeación-Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2001). Una evaluación de la Ley 100 como herramienta de cumplimiento del derecho a la salud. En: *Desarrollo Humano*. Colombia 2000.
38. Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social y Misión Social, Ministerio de Salud (2003). Evaluación integral del SISBEN.
39. Dixon Woods, Mary; Agarwal, Shona; Jones, David; Young, Bridget y Sutton, Alex (2005). Synthesizing qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy* 10:1, 45-53.

40. Donabedian, Avedis (1966). *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, Issue 4 (pp. 691-729).
41. Echeverry López, María Esperanza (2000). Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90. *Rev. Fac. Nac. de Salud Pública*. 18(2): 19-40.
42. Echeverri López, Esperanza (2002). La salud en Colombia: Abriendo el siglo.... Y la brecha de las inequidades. *Gerencia y Políticas de Salud* 3, pp. 76-94, dic.
43. Edgar, L.; Marshall, C. y Basset, M. (2006). *Partnerships: putting good governance principles in practice*. Institute on Governance, Ontario, Canadá. Agosto.
44. Fedesalud (2004). *Evaluación de la implementación del Sistema de Seguridad Social frente a las características particulares de la región Pacífica en Chocó y Tumaco*.
45. Fedesalud (2006). *Evaluación de la calidad e integralidad de la atención a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis*.
46. Fedesalud (2007). El impacto de las reformas en salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en la situación de malaria. Informe final al Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue, PAMAFRO y Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.
47. Fedesalud, Universidad de Santo Tomás (2008). *Protección Social: entre el aseguramiento y la asistencia*. Bogotá.
48. Flórez, Carmen Elisa (2002). La equidad en el sector salud: una mirada de diez años. F. Corona, F. Ford.
49. Flórez, Carmen Elisa; Soto, Victoria Eugenia; Acosta, Olga Lucía; Karl, Claudio; Misas, Juan Diego; Forero, Nohora y Lopera, Carolina (2007). Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Fundación Corona.
50. Fresneda, Óscar (2003). La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Gerencia y Políticas de Salud*. No. 5, dic.
51. Fresneda, Óscar y Martínez, Félix (2007). "Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)", en Restrepo Darío I. (ed.) *Equidad y Salud. Debates para la acción*. CID Universidad Nacional de Colombia, 1a. ed. diciembre 2007.
52. Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo y Acosta, Olga Lucía (2000). Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá. *Coyuntura Social* 23, pp. 97-124, nov.
53. Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo y Acosta, Olga Lucía (2001). Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. Red de Centros de Investigación. *Research Network Working paper* R-426.

54. Giraldo, Juan Carlos (2000). *Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios*. Defensoría del Pueblo. Defensoría delegada para la salud y la seguridad social. Bogotá.
55. Gómez, Suárez y Ronald, Eduardo (2007). Cream-Skimming and Risk Adjustment in Colombian Health Insurance System: The Public Insurer Case. *Archivos de Economía*, Bogotá. Documento 336. 31 de octubre.
56. Gómez, Conrado y Sánchez, Luz Helena (2006). *Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones*, Scare.
57. Gómez, Pío Iván (2006). Implicaciones de la reforma en el sector salud sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas. *Rev. Col. de Enfermería*, 1:1.
58. Gómez, Rubén Darío (2006). La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2000. Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
59. Gómez, Rubén Darío; Rodríguez Ospina, Fabio León; Agudelo García, Héctor Bayron y Agudelo Londoño, Sandra Milena (en proceso de publicación). Los análisis de la mortalidad registrada en Colombia: ¿tienen alguna utilidad?
60. Gorbaneff, Yuri; Torres, Sergio y Contreras, Nelson (2004). Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. *Gerencia y Políticas de Servicios de Salud*. No. 6.
61. Hanney, Stephen R.; González, Block; Miguel A., Buxton; Martin, J. y Kohan, Maurice (2003). The utilization of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*. 1:2.
62. Harden, Ángela y Thomas James (2005). Methodological issues in combining diverse study types in systematic reviews. *Int. J. Social Research Methodology*. 8:3, julio, pp. 257-271.
63. Hovland, Ingie (2007). Making a difference: M&E of policy research. Working paper. Overseas Development Institute. 111 Westminster Bridge Road, Londres. RU.
64. Instituto Nacional de Salud (2003). *Boletín Epidemiológico Semanal* 09, feb. 23 - marzo 1.
65. Instituto Nacional de Salud. Informe final 2006 (2007). Vigilancia de sífilis congénita y gestacional. Colombia, Semanas 1-52.
66. Jaramillo, Iván (2002). "¿Por qué no fluyen los recursos en el Régimen Subsidiado? Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia". En *¿Ha mejorado el acceso a la salud, evaluación de los procesos del régimen subsidiado?* Colección "La Seguridad Social en la Encrucijada" Universidad Nacional CID, Minsalud. Bogotá.

67. Jiménez, Mónica Marcela; Hineostroza, Yenifer y Gómez, Rubén Darío (2007). Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004. *Revista Colombia Médica*, vol. 38, No. 2, abr-jun, pp. 113-131.
68. Kelly, G., Mulgan, G. y Muers, S. (2003). Creating Public Value. An analytical framework for public service reform. http://www.strategy.gov.uk/downloads/files/public_value2.pdf (accessed Nov. 6, 2006).
69. Kemm, John (2006). The limitations of evidence based public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 12, 3, 319-324.
70. Kroger, Axel; Ordóñez-González, José y Aviña, Ana Isabel (2002). Malaria Control Reinvented: Health Sector Reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health*. 7:5, pp. 450-458, mayo.
71. Lalonde, Marc (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada. Abril.
72. Laserson, K.F.; Osorio, L.; Sheppard, J.D.; Hernández, H.; Benítez, A.M.; Brim, S. y otros (2000). Clinical and programmatic mismanagement rather than community outbreak as the cause of chronic drug resistant tuberculosis in Buenaventura, Colombia. 1998. *Int J Tuberc Lung Dis* 4(7): 673-683.
73. Lasso, Francisco (2004). *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. DNP, BID, Banco Mundial, PNUD, CEPAL, CAF.
74. Lindblom, Ch. The science of muddling through. *Public Administration Review* 39: 517-26.
75. Lindblom, Ch. El proceso de elaboración de políticas públicas. México: MAP, 1991, p. 20.
76. Lomas, Jonathan; Culyer, Tony; McCutcheon, Chris; McAuley, Laura y Law, Susan (2005). Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance. Final Report to Canadian Health Services Research Foundation. Mayo.
77. Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
78. Mateus J., Carvajal R. (2006). Factores predictores de adherencia al tratamiento antituberculoso en el Valle del Cauca, Informe Final, Colciencias, febrero 2006.
79. Mays y otros (2005). Details of approaches to synthesis. A methodological appendix to the paper: systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to systematically reviewing evidence to inform management and policy making in the health field. *Journal of Health Services Research and Policy*. Vol. 10, suppl. 1.

80. McPake, Bárbara; Yepes, Francisco J.; Lake, Sally y Sánchez, Luz Helena (2003). Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning*. Junio.
81. Mejía Restrepo, Samuel; Vélez, Alba Lucía; Buriticá, Olga Clemencia; Arango, María Cristina y Del Río, Jaime Alberto (2002). La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. *Cad. de Saúde Pública*. 18(4): 1025-1039, jul.-agos.
82. Ministerio de la Protección Social (2008). De la generación del conocimiento a la formulación de políticas públicas. Evaluación externa. Programa de apoyo a la reforma-PARS 1996-2007. p. 141, Bogotá.
83. Molina, Gloria y Gustavo A. Cabrera (eds.) (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Grupo de investigación en gestión y políticas de salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
84. Molina, Gloria; Muñoz, Iván Felipe y Ramírez, Andrés, eds. (2009). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, deberes y derechos constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander, Colciencias. Enero.
85. Morales, Juan Gonzalo; Chavarriaga, Ilse y Barrero, Javier (2001). Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. Documento de Fundación Corona. Fundación Presencia.
86. Moreira, C.A.; Hernández, H.L.; Arias, N.L.; Castaño, M.C.; Ferro, B.E. y Jaramillo, E. Resistencia inicial a drogas antituberculosas en Buenaventura, Colombia. *Biomédica*, 2004; 24 (supl.): 73-9.
87. Muir, Gray J. A. (2004). Evidence based policy making. *BMJ* 329: 988-989. 30 octubre.
88. Nacer (2008). Resultados y recomendaciones. Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Informe final. Universidad de Antioquia.
89. O'Meara, Gloria; Ruiz, Fernando y Amaya, Jeannette (2003). *Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia*. Bogotá, CEJA.
90. OPS/OMS (2006). Regional Plan for Tuberculosis Control 2006-2015. Washington, DC 2006 (Documento técnico).
91. Peñaloza, María Cristina (2005). Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSS. *Archivos de Economía*. 284 13, mayo.
92. Peñaranda C., Fernando; Bastidas, Miriam; Ramírez, Humberto; Lalinde, María Isabel; Giraldo, Yolanda y Echeverri, Silvia Liliana (2002). "El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 20(1): 89-99.

93. Periódico *El Pulso* (2006). Sífilis congénita en Antioquia. Una vergüenza pública. Nov.
94. Popay, Jennie; Roberts, Helen; Sowden, Amanda *et al.* (2006). Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A Product from the ESRC Methods Programme. Versión 1, abril 2006.
95. Profamilia (1995). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Octubre.
96. Profamilia (2000). Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Octubre.
97. Profamilia (2005). Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Noviembre.
98. Ramírez Gómez, Manuel; Acosta N., Olga Lucía; Gamboa, Luis Fernando; Guerra, José Alberto; Misas, Juan Diego y Zambrano, Andrés (2006). "Evaluación del impacto redistributivo de los subsidios otorgados por el Distrito Capital" para el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (Informe sin publicar).
99. Ramírez, Manuel; Zambrano, Andrés; Yepes, Francisco; Guerra, José y Rivera David (2005). Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Borradores de Investigación N° 72, julio.
100. Restrepo, Jairo; Rodríguez, Sandra y Arango, Mónica (2001). Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Grupo de Economía de la Salud. Universidad de Antioquia. Medellín, Noviembre. Obtenida el 30 de enero de 2009 en <http://economia.udea.edu.co/ges/documentos/Institucioneseeficientes.pdf>.
101. Restrepo, Jairo Humberto; Zambrano, Andrés; Vélez, Mauricio y Ramírez, Manuel (2007). Health Insurance as a Strategy for Access: Streamline Fact of the Colombian Health Care Reform. Documentos de Trabajo No. 14 marzo. Facultad de Economía, Universidad del Rosario.
102. Rodríguez, David y Acosta, Jacqueline (2001). La eliminación de la sífilis congénita en Colombia, una paradoja social. *Inf Quinc Epidem Nac* 2001, 6 (24) pp. 361-366.
103. Rodríguez Monguió, Rosa e Infante Campos, Alberto (2004). Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy*, 2004, vol. 68, issue 2, pages 129-142.
104. Rodríguez Tejada, Claudia Milena (2008). Vulneración del derecho a la salud expresado en las solicitudes y acciones de tutela tramitadas en el municipio de Medellín, 2001-2007. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Antioquia.

105. Roldán, Piedad; Vargas, Clara Ruth; Giraldo, Clara Patricia; Valencia, Gloria Esperanza; García, Claudia Liliana y Salamanca, Luisa Matilde (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colombia Médica*; 32: 14-18.
106. Ruiz, Fernando (2005). Sostenibilidad y reforma al sistema de seguridad social en salud: una lectura desde la microeconomía. *Gerencia y Políticas de Salud*. No. 9, dic.
107. Salazar, Carlos (2008). *Políticas públicas y Think Tanks*. Konrad Adenauer Stiftung, Fescol. Bogotá.
108. Saboyá, Marta Idali (2005). Mortalidad materna en Colombia. Una aproximación ecológica. Tesis de maestría en Salud Pública, Universidad Nacional.
109. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008). Datos suministrados por el área de Control y Vigilancia de Salud.
110. Segura C., Ángela M.; Rey, Juan J. y Arbeláez, María P. (2006). Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Antioquia, 1985-1999. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*, p. 23 (2): jul-dic.
111. Sutton, Rebecca (1999). The Policy Process: an overview. Working paper 118. Overseas Development Institute, Portland House, Stag Place, Londres.
112. Tono, Teresa; Velázquez, Ligia; Castañeda, Laura y Sáenz, Julio (2002). El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva.
113. Tovar, Luis Miguel y García, Gustavo Adolfo (2007). La producción de salud infantil en Colombia: una aproximación. *Desarrollo y Sociedad*. Primer semestre. pp. 21-61.
114. Trostle, J.; Bronfman, M. y Langer, A. (1999). How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plan*; 14:103-14.
115. Unger, Jean Pierre; De Paepe, Pierre; Ghilbert, Patricia; Soors, Werner y Green, Andrew (2006). Disintegrated care: the achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 6, 18 septiembre.
116. Unión temporal CCRP-Assalud-BDO (2004). "Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado". Dic. Informe técnico presentado al Ministerio de la Protección Social.
117. Vecino Ortiz, Andrés I. (2008). Determinants of demand for antenatal care in Colombia, *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2007.12.002.
118. Vega, Román; Acosta, Naydú; Martínez, Jorge; Arrieta, Rosaura; Estupiñán, Zandra; Fonseca, Zulma y Castro, Carlos (2008). Análisis de disparidades por anemia nutricional en Colombia, 2005. *Gerencia y Políticas de Salud*, No. 17, pp. 46-76.

119. Velandia, Freddy y Yepes, Francisco J. (1986). Gasto privado en salud. Estudio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud.
120. Velandia Salazar, Freddy; Ardón, Nelson; Cárdenas, José Miguel; Jara, María Inés y Pérez, Nicolás (2001). Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Gerencia y Políticas de Salud*, No. 1, nov.
121. Velandia Salazar, Freddy; Ardón, Nelson; Jara, María Inés; Cárdenas, José Miguel y Pérez, Nicolás (2003). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, 1997. *Rev. Salud Pública*. 5 (1):46-58.
122. Vélez, Carlos E., Castaño, Elkin y Deutsch, Ruthane (1999). Una interpretación económica del Sistema de Focalización de Programas Sociales: el caso SISBEN en Colombia. *Coyuntura Económica*, No. 21, noviembre.
123. Gil, Walt (1994). *Health Policy: An introduction to Policy and Power*. Witwatersrand University Press, Johannesburg Zed Books, Londres y New Jersey.
124. Weiss, Thomas G. (2000). Governance, good governance and global governance: conceptual and actual challenges. *Third World Quarterly* 21:3, pp. 793-814.
125. Wilkinson, Richard y Marmot, Michael. Social Determinants of Health, The solid facts WHO, 2003.
126. WHO (2005). Bridging the know-do gap. Meeting on knowledge translation in global health. 10-12, octubre. Ginebra.
127. Wiesner, Carolina; Tovar, Sandra; Cendales, Ricardo y Vejarano, Marcela (2006). Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha. *Rev Colomb Cancerol*. 10:(2) 1-11.
128. Wiesner Ceballos, C.; Murillo Moreno, R.H.; Piñeros Petersen, M.; Tovar Murillo, S.L.; Cendales Duarte, R. y Gutiérrez, M.C. (2009). El control del cáncer cérvico uterino en Colombia: percepción de los actores del sistema de salud. *Rev. Panam Salud Pública*. 25:1, pp. 1-8.
129. Yepes, Francisco J. ed. (1990). *La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud*. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Editorial Presencia, Bogotá.
130. Yepes, Francisco J. (2005). Corruption in the health sector. The Colombian experience. En Nirayaruphong Sanguan y cols. *What is talked about less in Health Care Reform?* National Health Security Office, Nonthaburi, Thailand.
131. Yepes, Francisco J. y Ramírez, Manuel (2006). Las barreras de acceso en la atención de salud de la población de uno a cuatro años de Bogotá. ¿Es viable la universalización del seguro? *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*. Bogotá. Vol. 8, pp. 83-105.
132. Yepes, Francisco J.; Ramírez, Manuel; Cano, María Gloria y Bustamante, Rodrigo (2007). Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform:

Achievements and Continuing Challenges. En: Slim Haddad, Enis Bariş y Delampady Narayana (ed.) *Safeguarding the Health System in Times of Macroeconomic Instability - Policy Lessons for Low and Middle-Income Countries*. Africa World Press/IDRC.

133. Zambrano, A.; Ramírez, M.; Yepes, F.J.; Guerra, J.A. y Rivera, D. (2008). ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 24(1): 122-130, ene.

This page intentionally left blank



Anexos

- 1 Bibliometría
- 2 Publicaciones en la base de datos del estudio
- 3 Matriz de análisis de la literatura seleccionada:
 - Estudios cuantitativos
 - Estudios cualitativos
 - Estudios mixtos
- 4 Editoriales de prensa sobre la problemática de salud

This page intentionally left blank

Bibliometría

Marta Lucía Ramírez
2/12/08

Descripción general de la base de datos

Las fuentes de información que se tuvieron en cuenta para este análisis son todos los documentos publicados a partir de 1994, que hicieran referencia a la reforma. La recolección se inició en 2004.

En dicho año se inició un proceso continuo de búsqueda, recopilación y análisis, que se ha consolidado en una base de datos especializada en el tema, que hemos denominado RSSCOL (Reforma al Sistema de Salud en Colombia). Esta base se encuentra en la plataforma Winisis que es la utilizada por OPS/bireme para la Biblioteca Virtual en Salud. Para agosto de 2008, momento de corte, la base de datos cuenta con 450 documentos con las siguientes características de publicación:

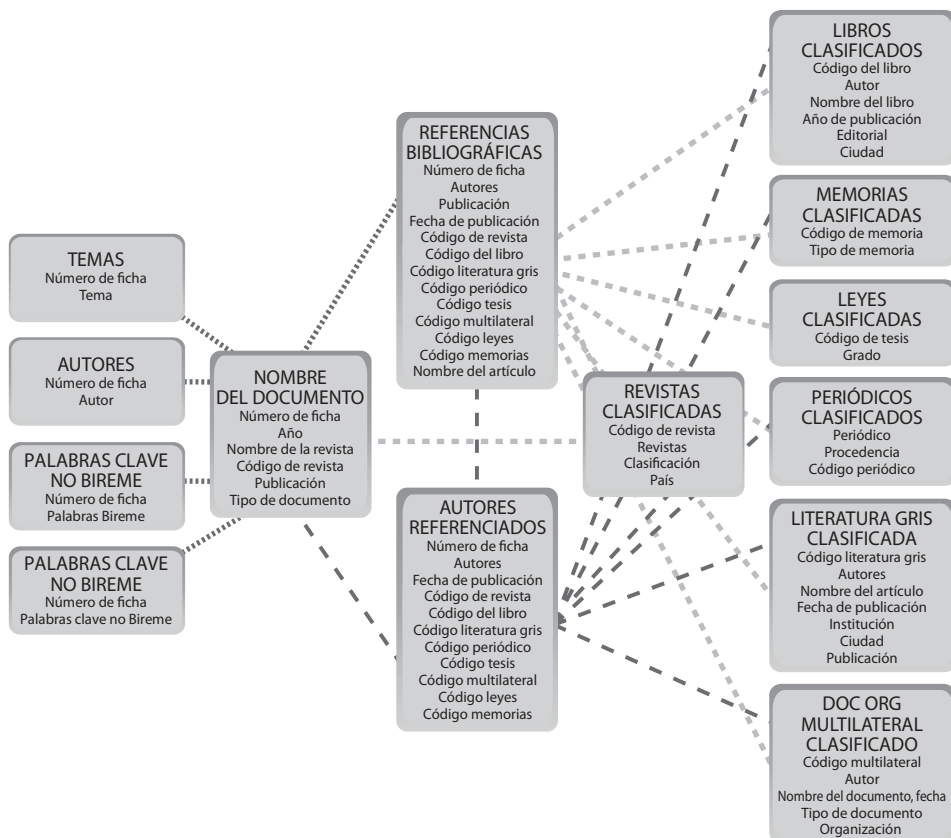
1. *Artículos de revista*: artículos en revistas nacionales y extranjeras que hablen sobre la reforma en salud, estos artículos son: a) reportes de investigación, b) ensayos, c) editoriales, y d) memorias de seminarios, congresos, reuniones etc.
2. *Libros*: libros publicados con reportes de: a) investigaciones, b) ensayos y c) memorias sobre el tema.
3. *Literatura gris seriada*: documentos de trabajos publicados sobre: a) reportes de investigación y b) ensayos sobre el tema.
4. *Literatura gris no seriada*: a) informes de investigación, b) ensayos, c) documentos técnicos y d) tesis que no han sido publicadas en una serie.

La base no cuenta con documentos referentes a: a) política y legislación (leyes, decretos; acuerdos, informes al Congreso, resoluciones, Conpes¹), b) artículos en periódicos, c) artículos o libros de salud no referentes a la reforma,

¹ Consejo de Planeación Económica y Social.

d) artículos o libros sobre reformas en otros países, y e) artículos o libros sobre teoría.

Para facilitar el análisis bibliométrico, se creó una base de datos en Access con la información necesaria para este trabajo y 15 ventanas relacionadas entre sí con la siguiente información:



La construcción de las anteriores ventanas requirió obtener la información directamente de los documentos, para lo cual se tomaron todos, se ingresaron sus referencias, se codificaron y ordenaron en las ventanas correspondientes. Para la organización y clasificación de las revistas, se buscó en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales:

ISI: <http://scientific.thomsonreuters.com/mjl/>,

MedLine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>,

Scielo: <http://www.scielo.org/php/index.php>,

Lilacs: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&form=F>

Colciencias: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/>

Descripción bibliométrica de RSSCOL

El mayor porcentaje de documentos encontrados corresponde a ensayos, seguido por investigaciones. Existen 10 documentos que no han sido encontrados y cuyo resumen no permite establecer a qué categoría pertenecen.

Cuadro A.1

Documentos encontrados a noviembre 20 de 2008 según clasificación

Tipo	Documentos	Porcentaje
Investigaciones	193	43
Ensayos	183	41
Documentos técnicos	45	10
Memorias	19	4
No clasificados	10	2
Total	450	100

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Los documentos encontrados se encuentran en diferentes publicaciones, 42 documentos se clasificaron como literatura gris no seriada, 22 como libros y una tesis.

Cuadro A.2

Literatura gris y libros, sin series de publicación

Serie	Frecuencia
Literatura gris	42
Libros	22
Tesis	1
Total	65

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Como se observa en el cuadro A.3, existen 60 documentos en series de literatura gris, de las cuales las que muestran mayor presencia son los documentos de trabajo del Cendex y los Cuadernos de trabajo de la Universidad del Rosario.

En el cuadro A.4 se encuentran los 336 documentos restantes, organizados en cuatro grupos diferentes, según la indexación de las revistas. Los documentos en revistas indexadas en la base de datos Thompson ISI son 58, correspondientes a 14 revistas, dos de las cuales son colombianas: *Biomédica y Colombia Médica* de reciente incorporación, esta revista es también la que más documentos tiene.

En la base de datos MedLine, se encuentran 41 documentos correspondientes a 4 revistas, una de las cuales *Revista de Salud Pública*, de la Universidad Nacio-

Cuadro A.3**Literatura gris según series de publicación**

Serie	Frecuencia
Documento de trabajo del Cendex	15
Cuadernos de trabajo. U. Rosario	9
Documentos de trabajo Fundación Corona	7
Documento cede	5
Cartilla de Seguridad Social	5
Archivos de Economía	7
Financiamiento y Desarrollo, Cepal	3
Documento Defensoría del Pueblo	2
Colección Análisis Sectorial y de Políticas Públicas	1
Colección PARS	1
Cuadernos de protección social	1
Debates de coyuntura social	1
Pliegos administrativos Universidad del Valle	1
Borradores del CIE	1
Documento DESC	1
Total	60

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.4**Revistas donde se publica sobre la reforma en salud, según base de datos bibliográfica y país de origen**

Revista	Frecuencia	País de origen
Revistas indexadas en ISI		
<i>Biomédica</i>	4	Colombia
<i>Bulletin of the Who</i>	1	Suiza
<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	6	Brasil
<i>Colombia Médica</i>	26	Colombia
<i>Gaceta Sanitaria</i>	2	España
<i>Health Economics</i>	1	Inglaterra
<i>Health Policy</i>	4	Irlanda
<i>Health Policy and Plannig</i>	5	Inglaterra
<i>International Journal of Health Planning Managment</i>	1	Inglaterra
<i>International Journal of Tuberculosis and Lung Disease</i>	1	Francia
<i>Journal of Epidemiology and Community Health</i>	1	Inglaterra
<i>Journal of Policy Analysis and Managment</i>	1	Estados Unidos

(Continúa)

Cuadro A.4 (Continuación)

Revista	Frecuencia	País de origen
<i>Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health</i>	4	Estados Unidos
<i>Tropical Medicine and Internacional Health</i>	1	Inglaterra
Total	58	
Revistas indexadas en MedLine		
<i>Cuadernos de Economía</i>	1	Colombia
<i>Desarrollo y Sociedad</i>	3	Colombia
<i>Revista de Salud Pública</i>	36	Colombia
<i>International Journal of Integrated Care</i>	2	Holanda
Total	42	
Revistas indexadas en Scielo		
<i>Lecturas de Economía</i>	2	Colombia
<i>Revista de Economía Institucional</i>	6	Colombia
Total	8	
Revistas indexadas en Lilacs		
<i>Iatreia</i>	1	Colombia
<i>Infectio</i>	1	Colombia
<i>Investigación y Educación en Enfermería</i>	1	Colombia
<i>Medicina</i>	1	Colombia
<i>Revista de la Facultad de Medicina</i>	1	Colombia
<i>Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública</i>	51	Colombia
<i>Revista de la Federación Odontológica Colombiana</i>	1	Colombia
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	57	Colombia
Total	114	
Revistas no indexadas		
<i>Coyuntura Social</i>	15	Colombia
<i>Investigaciones en Seguridad Social y Salud</i>	10	Colombia
<i>Nova et Vetera</i>	1	Colombia
<i>Revista Colombiana de Economía de la Salud</i>	7	Colombia
<i>Revista Colombiana de Enfermería</i>	1	Colombia
<i>Revista de Economía Colombiana</i>	9	Colombia
<i>Saludtad</i>	2	Colombia
<i>Revista Gestar Salud</i>	1	Colombia
<i>Revista Hospitalaria</i>	1	Colombia
<i>Urología Colombiana</i>	1	Colombia
<i>Vía Salud</i>	27	Colombia
Total	75	

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

nal, tiene la mayoría de documentos: 36 en total. En Scielo se encuentran dos revistas: *Lecturas de Economía* y *Revista de Economía Institucional*.

En Lilacs encontramos 114 documentos correspondientes a 8 revistas, dos de las cuales, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* y *Revista de Gerencia y Políticas de Salud* cuentan con más de 50 documentos cada una. Los 75 documentos restantes se encuentran en revistas no indexadas, 27 en *Vía Salud* que junto con *Nova et Vetera*, *Revista Hospitalaria* y *Revista Gestar Salud* son revistas de difusión de información.

El gráfico A.1, presenta la distribución de la publicación incorporada a la base de datos, en los años estudiados, esta muestra una concentración entre 2000 y 2005, a partir de este último año se presenta una baja en la producción.

El cuadro A.5, muestra los tipos de documentos y dónde fueron publicados. Los documentos o informes técnicos se publican en literatura gris; sólo cuatro de ellos tienen un artículo en revista. Los ensayos son publicados, en su mayoría, en las revistas indexadas en Lilacs, o en las que no tienen indexación; se encuentra una baja frecuencia de publicación en libros y literatura gris. Las investigaciones se encuentran en su mayoría en artículos de revistas indexadas en MedLine e ISI y las memorias en artículos de revistas indexadas en Lilacs. Por último, se presentan los documentos sin clasificar; algunos se encuentran como literatura gris no clasificada, lo que hace más difícil su recuperación.

Los siguientes temas de investigación fueron seleccionados por el grupo, teniendo en cuenta los contenidos de los documentos, en el cuadro A.5. Se puede observar que los temas que más se trabajan son los de economía de la salud,

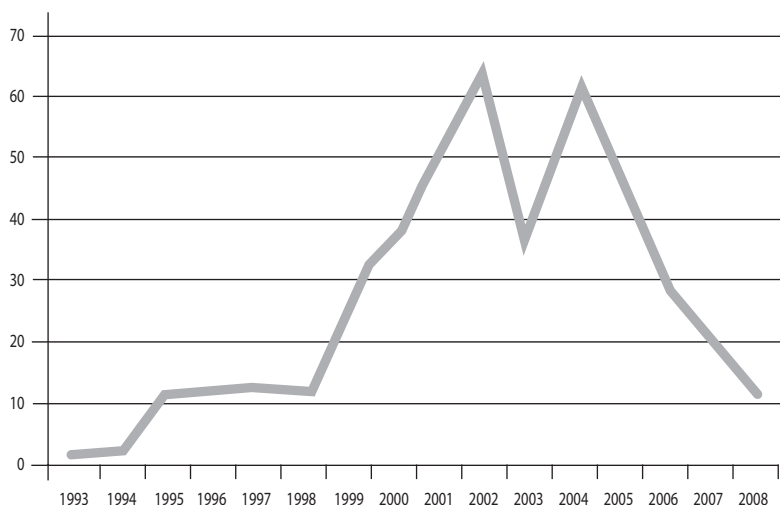


Gráfico A.1

Total de documentos encontrados según año de publicación

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.5

Tipo de documento y base de datos bibliográficas

Clasificación	Documentos no seriados					Documentos seriados				No clasificados	Total
	Libro	Literatura gris	Tesis	ISI	Lilacs	MedLine	No indexada	Scielo	Literatura gris		
Documento técnico	4	22		2	1		1		8	7	43
Ensayo	1	4		17	59	22	52	6	19	3	183
Investigación	13	12	1	37	43	20	20	2	33	12	193
Memoria	3	1			11		2			2	19
No clasificados	1	3		1						5	10
Total general	22	42	1	58	114	42	75	8	60	29	450

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

sistemas de salud y salud pública, especialmente en ensayos e investigaciones. Recursos humanos, que es el cuarto tema más trabajado, se encuentra en su mayoría en documentos técnicos.

El cuadro A.7 reporta los resultados de la distribución de temas de investigación según su publicación en documentos seriados. El tema de sistemas de salud, se encuentra, mayoritariamente, en revistas, especialmente, en las clasificadas en Lilacs, al igual que el tema de economía de la salud y de salud pública, este último es el tema más publicado en revistas ISI. Economía de la salud es el tema más publicado en las revistas no indexadas y en las series de literatura gris.

En el cuadro A.8 se presentan los temas de investigación publicados en documentos no seriados. El tema de recursos humanos se encuentra como el principal de este grupo de documentos, y está especialmente publicado en literatura gris, lo que se debe a que en este tema se encuentran los trabajos de apoyo a la reforma en el componente de recursos humanos, que fueron publicados como documentos técnicos.

Se encontraron 561² investigadores de los cuales el 76% tiene una publicación, el 15%, entre 2 y 3. 6% entre 4 y 6. 2% entre 7 y 9 y 1% con más de 10 publicaciones. En el cuadro A.9, se puede ver la frecuencia de producción de los investigadores, según aparición en las bases de datos estudiadas. Se encuentran 1.24 autores por documento. Ramón Abel Castaño, Fernando Ruiz, Francisco Yepes, Jairo Humberto Restrepo y Julia Isabel Eslava son los autores que más publican.

² En este listado no se están contando autores institucionales como el Ministerio de la Protección Social, Assalud o Fedesarrollo.

Cuadro A.6**Temas de investigación según tipo de documento**

Temas	Documento técnico	Ensayo	Investigación	Memo- rias	Sin clasificar	Total general
Sistemas de salud	2	39	29	5		75
Economía de la salud	3	25	39	2		69
Salud pública	1	27	23	2		53
Ley 100	6	29	8			43
RRHH	27	3	8	5		43
Aseguramiento		8	21			29
Calidad de servicios	1	8	12			21
Descentralización		7	10			17
Equidad		6	11			17
Prevención y promoción		4	10			14
Acceso		4	9			13
Derecho a la salud		6	7			13
Hospitales	2	5	5	1		13
Servicios de salud	1	2	9			12
Participación social	1	2	6	1		10
Cobertura		3	3	1		7
Uso de servicios de salud		1	6			7
Salud sexual y reproductiva		1	4			5
Bioética		2		1		3
Epidemiología		1	2			3
Mortalidad materna			3			3
Protección social		2	1			3
Regulación		2	1			3
Salud ocupacional	1		2			3
Seguridad social			1		2	3
Corrupción			2			2
Educación		2				2
Financiamiento			2			2
Legislación		1	1			2
Medicamentos		1	1			2
Propiedad intelectual		2				2
Toma de decisiones		1	1			2
Cambio social		1				1
Cuentas de salud			1			1
Malaria			1			1
Mortalidad infantil			1			1
Política Social	1					1
Tecnología		1				1
Tuberculosis			1			1
Total general	46	196	241	18	2	503

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.7**Temas de investigación según documentos seriados**

Temas	ISI	Lilacs	MedLine	No indexada	Scielo	Literatura gris	Total general
Sistemas de salud	11	22	13	9	2	9	66
Economía de la salud	5	16	8	14	4	15	62
Salud pública	13	20	7	4	1	5	50
Ley 100	6	10	1	6		12	35
Aseguramiento	1	10	3	10	1	3	28
RRHH	3	7		3		8	21
Calidad de servicios	1	8	2	7			18
Equidad	3	4	4			3	14
Descentralización	2	4	1	2		3	12
Acceso	2	2	3	2		2	11
Hospitales		2	2	5		2	11
Derecho a la salud	1	2	1	2		4	10
Promoción y prevención	5	3	2				0
Cobertura	1	1	1	2		2	7
Participación social	2	2	2	1			7
Servicios de salud	3	1	1	1		1	7
Uso de servicios de salud	1	2	2	1	1		7
Salud sexual y reproductiva		1		2		2	5
Bioética		2				1	3
Epidemiología	1		2				3
Protección social		1	1			1	3
Regulación				1	1	1	3
Educación		1		1			
Financiamiento						2	2
Legislación		2					2
Medicamentos	1			1			2
Mortalidad materna	2						2
Propiedad intelectual				2			2
Salud ocupacional		2					2
Toma de decisiones		1		1			2
Cambio social	1						1
Corrupción				1			1
Cuentas de salud						1	1
Mortalidad infantil				1			1
Tecnología				1			1
Tuberculosis	1						1
Total general	66	126	56	80	10	77	415

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.8**Temas de investigación según documentos no seriados**

Temas	Documento técnico	Libro	Literatura gris	Sin recuperar	Tesis	Total general
RRHH		1	15	6		22
Sistemas de salud	3	4	1	1		9
Ley 100	1	5	2			8
Economía de la salud		3	1	3		7
Descentralización			3	2		5
Servicios de salud		1	2	2		5
Promoción y prevención	1	1	1		1	4
Calidad de servicios		1	1	1		3
Derecho a la salud		1	2			3
Equidad		1	1	1		3
Participación social			2	1		3
Salud pública	1		1	1		3
Seguridad social		1	2			3
Acceso		1	1			2
Hospitales			2			2
Aseguramiento		1				1
Corrupción			1			
Malaria	1					1
Mortalidad materna		1				1
Política social			1			1
Salud ocupacional			1			1
Total general	7	22	40	18	1	88

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

En las revistas ISI, Alba Lucía Vélez es la que más publicaciones tiene para MedLine, Carlos Agudelo; para Lilacs, Román Vega; para Scielo, Jairo Humberto Restrepo; para las series de literatura gris, Fernando Ruiz, y para las revistas no indexadas Ramón Abel Castaño. En cuanto a las publicaciones no seriadas, Félix Martínez es el autor que más libros tiene en la base, y Francisco Yepes es el autor que más tiene documentos de literatura gris no seriados.

Cuadro A.9
Investigadores por base de datos bibliográficas

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Publicaciones generales			
Castaño, Ramón Abel	17	Morales, Luis Gonzalo	8
Ruiz, Fernando	15	Peñalosa, Enrique	8
Yepes, Francisco	13	Torres, Sergio	8
Restrepo, Jairo Humberto	12	Acosta, Naydú	7
Eslava, Julia Isabel	11	Contreras, Nelson	7
Giedión, Úrsula	11	Gorbaneff, Yuri	7
Jaramillo, Iván	11	Ramírez, Manuel	7
Acosta, Olga Lucía	9	Agudelo, Carlos	6
Tono, Teresa	9	Cabrera, Gustavo Alonso	6
Vega, Román	9	Franco, Álvaro	6
Revistas ISI		Revistas MedLine	
Vélez, Alba Lucía	4	Agudelo, Carlos	6
Cabrera, Gustavo Alonso	3	Jaramillo, Iván	3
Carvajal, Rocío	3	Eslava, Juan Carlos	3
Yepes, Francisco	3	Franco, Álvaro	2
Alzate, Alberto	2	García, Juan Carlos	2
Revistas Lilacs		Revistas Scielo	
Vega, Román	7	Restrepo, Jairo Humberto	3
Torres, Sergio	7	Rodríguez, Sandra Milena	3
Contreras, Nelson	6	Chicaíza, Liliana	2
Gorbaneff, Yuri	6	Castaño, Ramón Abel	1
Jara, María Inés	5	Rodríguez, Sandra	1
Libros		Literatura gris	
Martínez, Félix	4	Ruiz, Fernando	7
Ruiz, Fernando	4	Eslava, Julia Isabel	7
O'Meara, Gloria	3	Castaño, Ramón Abel	4
Peñalosa, Enrique	3	Ramírez, Manuel	4
Yepes, Francisco	3	Zambrano, Andrés	4
Revistas no indexadas		Literatura gris	
Castaño, Ramón Abel	6	Yepes, Francisco	
Tono, Teresa	4	Acosta, Olga Lucía	3
Giedión, Úrsula	3	Ruiz, Fernando	2
González, Jorge Iván	3	Bossert, Thomas J.	2
Acosta, Olga Lucía	2	Giedión, Úrsula	2

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

El cuadro A.10 muestra la frecuencia de aparición de las primeras 10 palabras clave reconocidas por Bireme, en los documentos analizados. Se encontraron un total de 193 palabras clave. Sistemas de salud, seguridad social y servicios de salud, son las palabras que aparecen un mayor número de veces.

En el cuadro A.11 se presentan las 10 palabras clave no aceptadas por Bireme que se utilizan en la Base de datos RSSCOL. Como se puede observar, “Sistema General de Seguridad Social” y “Ley 100/93”, son las palabras más utilizadas. Se encontraron 163 descriptores diferentes.

Cuadro A.10
Palabras claves reconocidas por Bireme, por base de datos bibliográficas

Palabras clave Bireme	Documentos en series					Documentos no seriadas			Total general
	ISI	Lilacs	MedLine	No indexada	Literatura gris	Libro	Literatura gris	Sin clasificar	
Sistema de salud	15	29	10	18	15	9	6	8	110
Seguridad social	9	25	8	14	12	11	4	11	94
Servicios de salud	11	26	8	15	3	4	6	4	77
Salud pública	4	23	4	5	2	1	1	5	45
Financiación en salud	3	6	4	11	6	2	2	3	37
Política de salud	4	14	5	3	6	2	3		37
Recursos humanos en salud	3	5		3	7	3	10	6	37
Promoción de la salud	7	11	3	2			1	1	25
Calidad de la atención de salud	1	7	1	8	1	1		2	21
Educación en salud					4	1	12	3	20

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Descripción de las referencias bibliográficas de la base de datos RSSCOL

En esta parte del informe, se analizan las diferentes referencias utilizadas por los investigadores en sus documentos, con el fin de observar la utilización de la

Cuadro A.11
Palabras claves no reconocidas por Bireme, por base de datos bibliográfica

Palabras clave no Bireme	Documentos en serie						Documentos no seriados			Total general
	ISI	Lilacs	MedLine	No indexada	Scielo	Literatura gris	Libro	Literatura gris	Sin clasificar	
Sistema General de Seguridad Social en Salud	6	14		4	1	7	3	3	4	42
Ley 100/93	3	15		14		8			1	41
Régimen subsidiado	2	4	4	9		6	6	4	4	39
Aseguramiento en salud	1	16	5	4	2	5	3	1		37
Régimen contributivo		5	1	6		3	3	3	2	23
Plan obligatorio de salud		1	2	7		1		3	2	16
SISBEN	1	4		4			2	2	1	14
Empresas promotoras de salud	1	1		7				1		10
Administradoras del Régimen Subsidiado	1			5		1	1			8
Empresas Sociales del Estado	2	1	1	1		1		2		8

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

bibliografía nacional e internacional, el tipo de documento citado y las fechas de los mismos.

De los 450 documentos pertenecientes a la base de datos RSSCOL, se han analizado las referencias de 314 documentos, hay que tener en cuenta que 74 de estos no tienen referencias, la mayoría de los cuales son ensayos y documentos técnicos; además existen 62 documentos que no se han podido recuperar. Se encontraron un total de 7.032 citas bibliográficas, lo que da un promedio de 22,39 referencias por documento, con un máximo de 111 referencias y un mínimo de 1.

En total se encontraron 4.585 autores con un promedio de 1,53 referencias para cada uno, el cuadro A.12 muestra los 50 autores más citados. Como se puede ver, esta lista la encabeza Jaramillo I., seguido por Castaño R.A., Giedión Ú. y Londoño J.L.

Cuadro A.12
Autores más referenciados

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Jaramillo, I.	102	Málaga, H.	22
Castaño, R.A.	72	Ramírez, M.	22
Giedión, Ú.	68	Arbeláez, J.	21
Londoño, J.L.	68	Barona, AB.	21
Frenk, J.	63	Enthoven, A.	21
Foucalt, M.	58	O'Meara, G.	21
Restrepo, J.H.	57	Sánchez, F.	21
Hernández, M.	56	Donabedian, A.	20
Sen, A.	52	Flores, CE.	20
Yepes, F.	49	Eslava, JI.	19
Acosta, O.L.	40	Musgrove, Ph.	19
González, J.I.	40	Restrepo, M.	19
Ruiz, F.	38	Rodríguez, O.	19
Sarmiento, A.	37	Sánchez, LH.	19
Céspedes, J.E.	35	Andersen, R.	18
Almeida, C.	34	Arbeláez, M.	18
Morales, L.G.	31	Cardona, A.	18
Arrow, K.	30	Travassos, C.	18
Bossert, T.	30	Williamson, OE.	18
Tono, T.	29	Hernández, A.	17
Wagstaff, A.	27	Núñez, J.	17
Castaño, E.	26	Plaza, B.	17
Hsiao, W.	26	Rawls, J.	17
Vega, R.	26	Starfield, B.	17
Daniels, N.	25	Arango, M.	16

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

En cuanto a los documento se encontraron un total de 4.918, con un promedio de 1,42 citas para cada documento, el cuadro A.13 muestra los 20 documentos más citados, el libro *El futuro de la salud en Colombia* de Jaramillo I., encabeza esta lista.

Cuadro A.13
Documentos más referenciados

Autor	Artículo	Revista/ Editorial	Año	Frecuencia
Jaramillo, I.	El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100	Tercer Mundo Editores	1997	38
OMS	Health Systems: Improving Performance		2000	37
Congreso de la República de Colombia	Ley 100		1993	30
Ministerio de Salud	La reforma de la seguridad social en salud	Ediciones Carrera Séptima Ltda.	1995	29
Banco Mundial	The World Development Report: investing for health		1993	29
Yepes, F.	La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud	Minsalud/DNP	1990	24
Culyer, A.J. y Newhouse, J.P.	Handbook of Health Economics	Elsevier Science	2000	23
Harvard School of Public Health	Report on Colombian Health Reform and proposed Master implementation Plan		1996	23
Arrow, K.	Uncertainty and the welfare economics of medical care	American Economic Review	1963	19
DANE	Encuesta nacional de calidad de vida		1997	18
República de Colombia	Constitución política de Colombia		1991	18
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Informe anual a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara		1999	17
Centro de Investigaciones Económicas. GES	La regulación en el sistema de salud colombiano	Observatorio de la Seguridad Social en Salud	2002	16
Céspedes, J.E.; Jaramillo, I.; Martínez, R., <i>et al.</i>	Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud	Revista de Salud Pública	2000	15
Castañó, R; Arbeláez, J; Gideón, Ú.; Morales, U.	Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud	Serie Financiamiento del Desarrollo	2001	15
Burchell, G.; Gordon, C. y Miller, P.	The Foucault Effect. Studies in Governmentality	Harvester Wheatsheaf	1991	15

(Continúa)

Cuadro A.13 (Continuación)

Autor	Artículo	Revista/ Editorial	Año	Frecuencia
Rawls, J.	A theory of justice	Harvard University Press	1971	15
Profamilia	Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia		2000	13
Londoño, J.; Frenk, J.	Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America	Health Policy	1997	12
Málaga, H.; Latorre, Mc.; Cárdenas, J., <i>et al.</i>	Equidad y reforma en salud en Colombia	Revista de Salud Pública	2000	12
De Cuerrea, V.; Hernández, M.; Paredes, N.	La salud está grave: una visión desde los derechos humanos	Ediciones Anthropos	2000	12

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

En las siguientes secciones, se encuentra el análisis de las referencias, según el tipo de publicación en la que están publicadas. Este análisis se presenta en el siguiente orden: a) revistas y series de literatura gris, b) libros, c) documentos de organización multilateral, d) literatura gris no seriada, e) memorias, f) tesis, g) periódicos y h) política y legislación.

Revistas y series de literatura gris

En este segmento serán presentados los resultados de los documentos referenciados, que se encuentran publicados en revistas y series de literatura gris. Primero se presentan la distribución de los documentos referenciados según el tipo de indexación que tengan, seguido por las revistas, autores y artículos con mayor número de referencias.

El cuadro A.14 presenta las referencias según el tipo de indexación en la que éstas se encuentran. Como se puede observar, los documentos referenciados se encuentran en un 49% en las revistas indexadas en ISI.

El cuadro A.15 muestra las revistas más referenciadas según su indexación. De las diez primeras revistas ISI referenciadas, seis pertenecen a salud pública, dos a ciencias de la salud en general, seis a salud pública y economía de la salud y dos a economía. Dentro de estas diez revistas sólo se encuentra una latinoamericana. *La Revista de Salud Pública* de la Universidad Nacional de Colombia, es dentro de la categoría MedLine, la más citada, y en la que los colombianos más publican.

En Scielo, la revista más citada es *Lecturas de Economía*, y en Lilacs son *Gerencia y Políticas de Salud* y *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*; también revistas en las que publican los colombianos.

Cuadro A.14
Documentos referenciados según series

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Número de publicaciones	Promedio de referencia por publicación
ISI	1.388	49%	290	4,79
MedLine	333	12%	110	3,03
Lilacs	98	3%	16	6,13
Scielo	31	1%	6	5,17
Otras bases	26	1%	19	1,37
Colciencias	10	0%	7	1,43
No indexada	344	12%	124	2,77
Serie literatura gris	588	21%	209	2,81
Total general	2.818	100%	781	3,61

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Coyuntura Social y *Vía Salud* son las revistas más referenciadas de la categoría “No indexadas”. La serie “Financiamiento del Desarrollo” de Cepal; “Documentos técnicos del Cendex” y las “Publicaciones Científicas de OPS/OMS” son las series de literatura gris con más número de citaciones.

El cuadro A.16, presenta los autores más referenciados, que se encuentran en las revistas y documentos seriados, en total se encontraron 2.819 autores. Las referencias realizadas a revistas ISI, las lideran autores extranjeros y sólo comienzan a aparecer los nacionales en el puesto número 5 con Londoño J.L., Frenk J. es el autor que más número de citas tiene en esta subcategoría, seguido por Arrow K.

En cuanto a las revistas MedLine, las referencias las lidera Céspedes, J.E.; en este grupo se encuentra un gran número de investigadores nacionales referenciados. Las referencias pertenecientes a las revistas Lilacs son lideradas por Frenk, J. y Londoño, J.L., y las Scielo por Restrepo, JH. En cuanto a las series de Literatura, Londoño, J.L., Sarmiento, A. y Tono, T., son los autores más referenciados.

Se encontró un total de 2.185 artículos. De aquellos en revistas ISI el más citado es “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, de Arrow, K.; este artículo publicado en 1963 se considera uno de los más importantes documentos sobre el aseguramiento en salud y ha servido como punto de partida para estructurar el área de economía de la salud. El segundo artículo más referenciado es “Structured pluralism: toward an innovative model for health reform in Latin America”, publicado en 1997, el cual tiene diferentes versiones que se van a encontrar en la mayoría de las categorías. En Lilacs se encuentra bajo el nombre de “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, publicado en 1997,

Cuadro A.15
Revistas más referenciadas

Revista	Frecuencia	Revista	Frecuencia
ISI		MedLine	
<i>Social Science & Medicine</i>	52	<i>Revista de Salud Pública</i>	78
<i>Health Policy and Planning</i>	51	<i>Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana</i>	28
<i>British Medical Journal</i>	41	<i>Cuadernos de Economía</i>	14
<i>Health Policy</i>	40	<i>Planeación y Desarrollo</i>	13
<i>American Economic Review</i>	38	<i>Educación Médica y Salud</i>	11
<i>New England Journal of Medicine</i>	36	<i>Critical Public Health</i>	7
<i>Revista Panamericana de la Salud</i>	35	<i>Ciencia & Saúde Coletiva</i>	6
<i>Journal of Political Economy</i>	34	<i>Health education quarterly</i>	6
<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	33	<i>Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing</i>	6
<i>Journal of Health Economics</i>	33	<i>Acta Médica Colombiana</i>	5
Lilacs		Scielo	
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	34	<i>Lecturas de Economía</i>	19
<i>Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública</i>	26	<i>Revista de Economía Institucional</i>	7
<i>Salud y Gerencia</i>	12	<i>Interface - Comunicação, saúde, educação</i>	2
<i>Educación Médica</i>	5	<i>Boletín de Pneumología Sanitaria</i>	1
<i>Medicina</i>	4	<i>Humanidades Médicas</i>	1
<i>Colciencias</i>		<i>Otras bases de datos</i>	
<i>Anuario Colombiano de Historia</i>	2	<i>Cuadernos de Administración</i>	4
<i>Revista Universidad Eafit</i>	2	<i>The Economics Journal</i>	4

(Continúa)

Cuadro A.15 (Continuación)

Revista	Frecuencia	Revista	Frecuencia
<i>Universitas Humanística</i>	2	<i>Estudios sobre Estado y Sociedad</i>	2
		<i>Journal of Accounting and Public Policy</i>	2
No indexadas			
<i>Coyuntura Social</i>	72	<i>Revista del CLAD: Reforma y Democracia</i>	6
<i>Vía Salud</i>	51	<i>Salud Colombia</i>	6
<i>Revista Hospitalaria</i>	18	<i>Int. J. Mgmt. Sci</i>	5
<i>Revista Análisis Económico</i>	10	<i>J Soc Med</i>	5
<i>Revista de la Cepal</i>	10	<i>Revista Academia Nacional de Medicina</i>	5
Serie Literatura gris			
<i>Serie Financiamiento del Desarrollo</i>	45	<i>Data for Decision Making Project</i>	13
<i>Publicación científica OPS/OMS</i>	33	<i>Boletín estadístico Supersalud</i>	12
<i>Documentos técnicos Cendex</i>	32	<i>Documento CEDE</i>	12
<i>Observatorio de la seguridad social en salud</i>	26	<i>Documento de trabajo Fundación Corona</i>	11
<i>Cartilla de seguridad social</i>	16	<i>Sistema de Indicadores socio demoDiagramas para Colombia. Bogotá Colombia. Departamento Nacional de Planeación.</i>	11

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por aAsalud.

Cuadro A.16**Autores referenciados en revistas y documentos seriados**

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Referencias en revistas y documentos seriados			
Castaño, R.A.	55	Arrow, K.	24
Frenk, J.	47	Wagstaff, A.	23
Londoño, J.L.	43	Acosta, O.L.	21
Restrepo, J.H.	35	Arbeláez, J.	20
Jaramillo, I.	33	Sarmiento, A.	19
Giedión, Ú.	29	Bossert, T.	18
Hernández, M.	27	Enthoven, A.	18
González, J.I.	26	Sen, A.	17
Almeida, C.M.	25	Hsiao, W.	16
Céspedes, J.E.	25	Tono, M.T.	16
Revistas ISI		Revistas MedLine	
Frenk, J.	26	Almeida, C.M.	20
Arrow, K.	23	Travassos, C.	16
Enthoven, A.	18	Castaño, R.A.	15
Hsiao, W.	15	Jaramillo, I.	15
Londoño, J.L.	13	Céspedes, J.E.	15
Wagstaff, A.	13	Angarita, J.	15
Andersen, R.	13	Basto, F.	15
Castaño, R.A.	12	Garzón, E.	15
Mills, A.	12	Martínez, R.	15
Robinson, J.	11	Olaya, S.	15
Revistas Lilacs		Revistas Scielo	
Frenk, J.	8	Restrepo, J.H.	13
Londoño, J.L.	8	Arango, M.	9
González, J.I.	7	Casas, L.	9
Vega, R.	6	Gallego, J.M.	5
Torres, S.	5	Ramírez, M.	3
Franco, A.	4	Rodríguez, S.	2
Hernández, A.	4	Espinosa, K.	2
Contreras, N.	4	Cortés, D.	2
Gorbanef, Y.	4	Restrepo, J.H.	13
Castaño, R.A.	3	Arango, M.	9
Otras bases de datos		No indexadas	
Torres, S.	2	González, J.I.	17
Contreras, N.	2	Londoño, J.L.	14
Gorbanef, Y.	2	Sarmiento, A.	13
Blanchflower, D.	2	Pérez, F.	13
Oswald, A.	2	Tono, M.T.	13
Literatura gris seriada			
Castaño, R.A.	20	Ruiz, F.	14
Giedión, Ú.	19	Hernández, M.	11
Acosta, O.L.	15	Eslava, J.I.	11
Arbeláez, J.	15	Wagstaff, A.	10
Morales, U.	15	Frenk, J.	9

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

en revistas no indexadas “Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana” de 1996 y en series de literatura gris “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina” publicado en 1997, se convierte en el documento más referenciados y en uno de los más importantes a la hora de hablar de las reformas a la salud en América Latina y, por supuesto, en Colombia.

Los artículos más citados de revistas MedLine son “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, de Céspedes J.E. *et al.*, y “Equidad y reforma en salud en Colombia” de Málaga, H. *et al.*, ambos artículos publicados en la *Revista de Salud Pública* de la Universidad Nacional de Colombia. En Lilacs la revista *Salud y Gerencia* es la más referenciada, con su artículo “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, de Frenk, J. y Londoño, J.L.

Libros

En este apartado se estudian las referencias a libros que existen en la base de datos RSSCOL, en el cuadro A.18 se muestran los 20 autores más referenciados; estos son: Iván Jaramillo, Fernando Ruiz y Francisco Yepes. Al igual que con las revistas, se observa un gran número de referencias a autores extranjeros especialmente aquellos que dan un marco teórico y filosófico sobre el tema, como es el caso de Foucault y Sen, pero también se encuentran autores cuyos libros muestran la complejidad del sistema de salud colombiano, como el caso de Jaramillo, Yepes o Hernández, y autores cuyos libros son la presentación de sus investigaciones, Ruiz y O'Meara. En total se encontraron 1.373 autores referenciados.

Se encontraron 1.090 libros referenciados, el cuadro A.19 muestra los 20 libros más referencias. El libro de Jaramillo, I. *El futuro de la salud en Colombia* publicado en 1997, documento que más se utiliza para explicar el sistema de salud de Colombia; a este documento lo sigue “La reforma de la seguridad social en salud”, publicado en 1995 y *La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud*, de 1990.

Documentos de organización multilateral

Existen dos tipos de documentos de organización multilateral; los primeros se refieren a trabajos, investigaciones o comentarios realizados específicamente para una organización multilateral y que no han sido publicados en revistas, libros o series de literatura gris. El segundo tipo de documentos son los informes mundiales realizados por estas organizaciones. El cuadro A.20 muestra 10 de los 316 autores referenciados.

Cuadro A.17
Artículos referenciados

Revista	Autor	Artículo	Año	Frecuencia
Revistas ISI				
<i>American Economic Review</i>	Arrow, K.	Uncertainty and the welfare economics of medical care	1963	19
<i>Health Policy</i>	Londoño, J. y Frenk, J.	Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America	1997	12
<i>Health Affaires</i>	Enthoven, A.	The history and principles of managed competition	1993	9
<i>Econometría</i>	Coase, Ronald, H.	The Nature of the Firm	1937	8
<i>Health Economics</i>	Hsiao, W.	Market-based reform: the magic pill	1994	7
<i>New England Journal of Medicine</i>	Stocker, K.; Waitzkin, H. e Iriart, C.	The exportation of managed care to Latin America	1999	7
<i>Administrative Science Quarterly</i>	Williamson, O.	Comparative economic organization: the analysis of discreet structural alternatives".	1991	6
<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	Céspedes, J.; Jaramillo, I. y Castaño, R.A.	Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia	2002	6
<i>Health Policy and Planning</i>	Plaza, B.; Barona, A.B. y Hearst, N.	Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience	2001	6
<i>Health Services Research</i>	Aday, A. y Andersen, R.	A theoretical framework for the study of access to medical care	1974	6
<i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i>	Enthoven, A.	Managed competition of alternative delivery system	1988	6
Revistas MedLine				
<i>Revista de Salud Pública</i>	Céspedes, J.E.; Jaramillo, I. y Martínez, R.	Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud	2000	15
<i>Revista de Salud Pública</i>	Málaga, H.; Latorre, Mc. y Cárdenas, J.	Equidad y reforma en salud en Colombia	2000	12
<i>Revista de Salud Pública</i>	Eslava, J.C.	Seguridad social en salud: reforma a la reforma	1999	6
<i>Revista de Salud Pública</i>	Hernández, M.	El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización	2000	6
<i>Revista de Salud Pública</i>	Herrera, V.	Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática	1999	6

(Continúa)

Cuadro A.17 (Continuación)

Revista	Autor	Artículo	Año	Frecuencia
Revistas Lilacs				
<i>Salud y Gerencia</i>	Frenk, J. y Londoño, J.L.	Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina	1997	8
<i>Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública</i>	Hernández, M.	El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina	2001	3
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	Castaño, R.A.	Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud	2004	3
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	González, J.	Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del informe de la OMS año 2000	2001	3
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	González, J.I.	Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad	2002	3
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	Hernández, A. y Vega, R.	El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión	2001	3
<i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>	Starfield, B.	Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos	2001	3
Revistas Scielo				
<i>Lecturas de Economía</i>	Restrepo, J.H.; Arango, M.; Casas, L.	Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia	2002	9
<i>Lecturas de Economía</i>	Gallego, J.M.	Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico	2001	2
<i>Lecturas de Economía</i>	Ramírez, M.; Cortés, D.; Gallego, J.	El gasto en salud de los hogares colombianos; un análisis descriptivo	2002	2
<i>Revista de Economía Institucional</i>	Restrepo, J.H.; Rodríguez, S.	Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia	2005	2
Revistas no indexadas				
<i>Coyuntura Social</i>	Sarmiento, A.; González, J.; Rodríguez, L.	Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del sistema de selección de beneficiarios (SISBEN)	1999	8
<i>Coyuntura Social</i>	Vélez, Carlos Eduardo; Castaño, Elkin	Una interpretación económica del Sistema de Focalización de programas sociales: el caso del SISBEN en Colombia	1999	7

(Continúa)

Cuadro A.17 (Continuación)

Revista	Autor	Artículo	Año	Frecuencia
<i>Revista Análisis Económico</i>	Londoño, J.L.	Estructurando el pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana	1996	7
<i>Coyuntura Social</i>	González, JI.; Pérez-Calle, F.	Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada	1998	5
<i>Coyuntura Social</i>	Sánchez, F.; Núñez, J.	Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público social?	1999	5
<i>Coyuntura Social</i>	Tono, M.T.	Acceso a servicios de salud en Colombia: efecto del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos	2000	5
<i>Vía Salud</i>	Pérez Calle, F.	La autofinanciación de los hospitales públicas	1997	5
<i>Vía Salud</i>	Sánchez, F.; Núñez, J.	La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos	1999	5
Serie literatura gris				
<i>Observatorio de la seguridad social en salud</i>	Centro de Investigaciones Económicas, GES	La regulación en el sistema de salud colombiano	2002	16
<i>Serie Financiamiento del Desarrollo</i>	Castaño, R.; Arbeláez, J.; Giedión, Ú. y Morales, U.	Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud	2001	15
<i>Observatorio de la seguridad social en salud</i>	Centro de Investigaciones Económicas, GES	Oferta del seguro público de salud en Colombia	2001	10
<i>Cartilla de seguridad social</i>	Hernández, M.	El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia	1998	9
<i>Serie Financiamiento del Desarrollo</i>	Restrepo, M.	La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada - Cepal	1997	9
<i>A World Bank Policy Study</i>	Akin, J.S.	Financing Health Services in developing Countries. An Agenda for reform	1987	6
<i>Serie Financiamiento del Desarrollo</i>	Morales, L.G.	El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia	1997	5
<i>Working Paper, Interamerican Development Bank</i>	Frenk, J. y Londoño, J.L.	Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina	1997	5

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.18

Autores referenciados según autoría o capítulo de libros

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Foucault, M.	54	Londoño, J.L.	13
Jaramillo, I.	51	Stiglitz, J.	13
Sen, A.	31	Frenk, J.	12
Yepes, F.	22	Rodríguez, O.	11
Ruiz, F.	20	Giedión, Ú.	10
Hernández, M.	19	Martínez, F.	10
Williamson, O.E.	16	Bobbio, N.	9
Daniels, N.	15	Castañó, R.A.	9
Rawls, J.	15	Habermans, J.	9
O'Meara, G.	14	Vélez, C.E.	9

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.19

Libros referenciados

Autor	Nombre	Fecha	Editorial	Frecuencia
Jaramillo, I.	<i>El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100</i>	1997	Tercer Mundo Editores	38
Ministerio de Salud	<i>La reforma de la seguridad social en salud</i>	1995	Ediciones Carrera Séptima Ltda.	29
Yepes, F.	<i>La salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud</i>	1990	Minsalud/DNP	24
Culyer, A.J. y Newhouse, J.P.	<i>Handbook of Health Economics</i>	2000	Elsevier Science	23
Burchell, G. Gordon, C. y Miller, P.	<i>The Foucault Effect. Studies in Governmentality</i>	1991	Harvester Wheatsheaf	15
Rawls, J.	<i>A theory of justice</i>	1971	Harvard University Press	15
Profamilia	<i>Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia</i>	2000		13
De Cuerrea, V.; Hernández, M.; Paredes, N.	<i>La salud está grave: una visión desde los derechos humanos</i>	2000	Ediciones Anthropos	12
Frenk, Julio (editor)	<i>Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas</i>	1997	Fundación Mexicana para la Salud	11
MinSalud/Acomsap (ed)	<i>Reorganización del sistema nacional de salud. Una respuesta al cambio social</i>	1990	MinSalud	11
Sen, A.	<i>Desarrollo como Libertad</i>	2000	Planeta	11
Folland, Goodman y Stano	<i>The economics of health and health care 2 editions</i>	1997	Prentice-Hall	10
Vélez, C.E.	<i>Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos</i>	1996	DNP	10
Castañó, R.A.	<i>Medicina, Ética y Reformas a la Salud</i>	2000	ECOE ediciones	9
Misión Social, DNP, PNUD	<i>Informe de desarrollo humano para Colombia 1999</i>	2000	Tercer Mundo	9
Arévalo, D.; Martínez, F.; Rodríguez, O.	<i>¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado</i>	2002	Unibiblos	8
Gordon, C. (Ed.)	<i>Michel Foucault. Power / Knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977</i>	1980	Harvester Press	8
Marshall, T.; Bottomore, T.	<i>Ciudadanía y clase social</i>	1998	Alianza Editorial	8
North, D.C.	<i>Instituciones, cambio institucional y desempeño económico</i>	1993	Fondo de Cultura Económica	8
Stiglitz, J.	<i>La economía del sector público. 2ª ed.</i>	1992	Antoni Bosch	8

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.20
Autores referenciados en informes mundiales

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Fleury, S.	5	Filgueras, J.	4
Londoño, J.L.	5	La Forgia, G.M.	4
Murray, C.	5	Sen, A.	4
Preker, A.	5	Vivas, J.	4
Cassels, A.	4	Bossert, T.	3

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Los 473 documentos referenciados tienen muy poca frecuencia de citación, con excepción de los informes mundiales de la OMS y del Banco Mundial, del 2000 y de 1993 respectivamente (*ver* cuadro A.21). Estos dos documentos han estado en el centro de las discusiones del sistema de salud colombiano y son documentos de referencia para quienes quieren entender o explicar el sistema.

Cuadro A.21
Documentos de organización multilateral referenciados

Autor	Documento	Años	Total general
OMS	Health Systems: Improving Performance	2000	37
Banco Mundial	The World Development Report: investing for health	1993	29
Banco Mundial	World Development Indicators database 2004	2004	9
OMS	Carta de Ottawa para la promoción de la salud	1986	8
Vivas, J.; Tarazona, E.; Caballero, C.; Marrero, N.	El Sistema Nacional de Salud	1998	4
OMS	Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization; 2003.	2003	4
Cassel, A.	Health sector reform: key issues in less developed countries. Geneva: World Health Organization; 1995.	1995	4
Sen, A.	La salud en el desarrollo	1999	4
OIT - OPS - OMS	Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe	1999	4

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Literatura gris no seriada

En esta categoría están documentos que no han sido publicados ni en revistas, libros o series de literatura gris y, por lo general, se refieren a documentos internos de instituciones, informes de investigación, borradores de proyectos e informes preliminares. Algunos de estos documentos ya se han publicado oficialmente, pero en el momento en que se realizó la cita no lo estaban.

El cuadro A.22 muestra los 10 autores más referenciados, de los 542 encontrados en esta categoría; autores que ya se han visto en otras categorías como es el caso de Úrsula Giedión, Francisco Yepes, Jairo Humberto Restrepo o Ramón Abel Castaño.

Cuadro A.22
Autores referenciados en literatura gris no seriada

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Giedión, Ú.	26	Acosta, O.L.	12
Castaño, E.	19	Morales, L.G.	12
Jaramillo, I.	14	Restrepo, J.H.	11
Moreno, H.	13	Tono, T.	11
Yepes, F.J.	13	Sarmiento, A.	10

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.23
Literatura gris no seriada referenciada

Autor	Documento	Fecha	Frecuencia
Harvard School of Public Health	Report on Colombian Health Reform and proposed Master implementation Plan	1996	23
DANE	Encuesta nacional de calidad de vida	1997	18
DANE	Encuesta nacional de calidad de vida	2003	7
Barón, G.	Proyecto Cuentas Nacionales en Salud de Colombia. DNP	2001	6
Castaño, E.; Moreno, H.	Metodología Estadística del Modelo de Ponderaciones del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales. Bogotá	1994	6
DNP	Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia: 1993-1997	1998	6
Giraldo, J.	Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo, Bogotá; 1999-2000	2000	5
Superintendencia Nacional de Salud	El recurso humano de la salud en Colombia	1994	5
Bitran Asociados; Econometría	Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al sistema	2002	4
DANE	Encuesta Nacional de Hogares	1998	4
Giedión, Ú. y Morales, L.G.	Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital	1997	4
Profamilia	Encuesta nacional de demografía y salud	1995	4
Secretaría Distrital de Salud	Análisis del sector salud en el Distrito Capital 1990-1998	1998	4
Vargas González, J.E.; Sarmiento Gómez, A.	Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia	1997	4

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Uno de los documentos más referenciados en esta categoría es *Report on Colombia Health sector reform and proposed master implementation plan*, las citas a este reporte se realizan como informe preliminar y lo datan en 1996; este documento fue fundamental para entender el sistema de salud y estudiar los alcances esperados. En este caso fueron encontradas 715 referencias.

Memorias

El cuadro A.24, muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes de citación de las Memorias, además la lista de los tipos de memorias encontradas en las referencias de la base de datos; las memorias de los seminarios, conferencias y congresos son las más citadas.

En total se encontraron 159 documentos diferentes, de los cuales el más citado es “Managed competition in the tropics”, de Juan Luis Londoño, en 1996. Para esta categoría se encontraron 154 autores, de los cuales los más citados son los siguientes (cuadro A.25).

Cuadro A.24
Frecuencia de referencia de las Memorias

Memoria	Frecuencia	Memoria	Frecuencia
Seminario	43	Jornadas	5
Conferencia	39	Memoria	4
Congreso	26	Simposio	4
Foro	11	Debate	3
Ponencia	10	Cumbre	2
Taller	10	Encuentro	2
Cátedra Manuel Ancízar	9	Coloquio	1
Reunión	7	Discursos	1

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Cuadro A.25
Frecuencia de autores referenciados en Memorias

Autor	Frecuencia	Autor	Frecuencia
Londoño, J.L.	6	Franco, S.	4
Restrepo, J.H.	5	Hernández, M.	4
Echeverry, M.E.	4	Yepes, F.	4

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Tesis

No es de extrañar que las tesis más referenciadas sean las de doctorado y maestría; aún así, la frecuencia de citación de cada uno de los documentos no es muy alta, en total se encontraron 51 tesis referenciadas, con un total de 62 autores. Son de mencionar las citas realizadas a las tesis de doctorado de Román Vega (4 citaciones): “Health care and social Justice Evaluation: A critical and pluralist approach” y a la tesis de Maestría de Mario Hernández (4 citaciones) “La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946”, esta tesis fue publicada como libro y no obtuvo ninguna citación.

Cuadro A.26

Frecuencia de citación de las tesis

Nivel educativo	Frecuencia
Doctorado	28
Maestría	24
Especialización	8
Pregrado	3

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Periódicos

El cuadro A.27 muestra los periódicos citados por los investigadores, se encuentran dos periódicos extranjeros *The New York Times* con dos citas y *Diario de Caracas* con una referencia. En total se encontraron 48 artículos, el periódico más referenciado es *El Tiempo*, con un total de 26 citas. 34 de los artículos son editoriales, 10 tienen un autor reconocible y 4 son artículos pertenecientes a una institución como el DNP.

Cuadro A.27

Frecuencia de citación de artículos de periódico

Periódico	Frecuencia	Periódico	Frecuencia
<i>El Tiempo</i>	26	<i>El Pulso</i>	1
<i>Portafolio</i>	7	<i>Estrategia Económica</i>	1
<i>Revista Dinero</i>	4	<i>La Nación</i>	1
<i>El Espectador</i>	3	<i>La República</i>	1
<i>El Colombiano</i>	2	<i>La Universidad Hoy</i>	1
<i>Revista Semana</i>	2	<i>Nueva Gaceta</i>	1
<i>The New York Times</i>	2	<i>Revista Cambio</i>	1
<i>Diario de Caracas</i>	1		

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Política y legislación

La Ley 100 de 1993 es la legislación más citada en la base de datos, lo que se debe a que es la norma que creó el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, y por tanto, es la norma a cual se refieren los documentos estudiados, además de la Constitución Política de Colombia y la Ley 60 de 1993. En total se encontraron 197 documentos referentes a política y legislación.

Cuadro A.28
Legislación e informes al Congreso de la República referenciados

Autor	Documento	Fecha	Frecuencia
Congreso de la República de Colombia	Ley 100	1993	30
República de Colombia	Constitución Política de Colombia	1991	18
Congreso de la República de Colombia	Ley 60	1993	9
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes	1999	17
Congreso de la República de Colombia	Ley 10	1990	8
Departamento Nacional de Planeación	Documento Conpes 3204: Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud	2002	8
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes	2001	7
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Acuerdo 117 de 1998, por medio del cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermo	1998	6
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes	2000	6

Fuente: Datos obtenidos en la base de datos RSSCOL. Cálculos realizados por Assalud.

Conclusiones

A lo largo del documento se describió la base de datos RSSCOL, que fue construida con el fin de recopilar toda la información bibliográfica sobre la reforma de salud en Colombia a partir de la Ley 100 de diciembre de 1993. Esta base permite tener un registro de las publicaciones realizadas, así como de temas relacionados con la reforma o artículos y autores referenciados.

Se espera que esta información se esté actualizando periódicamente, a medida que la base de datos se complete. Este tipo de ejercicio permite realizar un mapa sobre los temas, los tipos de publicación y las referencias que se están utilizando para un tema específico, en este caso la Reforma a la seguridad social en salud. Con la información presentada, se puede concluir que existe un gran y diverso número de publicaciones, algunas de ellas con una gran visibilidad en la mayoría de los estudios sobre el tema, como es el caso de *El futuro de la salud en Colombia* de Iván Jaramillo.

Sorprende que, a pesar de llevar más de 10 años estudiando y produciendo sobre la Reforma a la seguridad social en salud, los artículos de autores locales citados sobre el tema sean muy pocos, y que *Colombia Médica*, una de las revistas en las que más publican los autores y de las pocas revistas nacionales indexadas en ISI, no se referencia.

This page intentionally left blank

Publicaciones en la base de datos del estudio

Nota: La siguiente es la lista completa de las publicaciones que se identificaron e incorporaron a la base de datos del estudio (Reforma del Sistema de Salud Colombiano, RSSCOL). Las publicaciones anteriores a 2000 no se seleccionaron por considerarse que las situaciones identificadas podían ya estar superadas por el desarrollo del sistema. La selección de publicaciones se cerró en diciembre de 2008 y las tres publicaciones que aparecen con fecha de 2009 estuvieron disponibles para los autores cuando aún estaban en proceso de publicación. Las publicaciones analizadas para esta investigación aparecen en trama más oscura.

Publicaciones en la base de datos del estudio

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
451	El control del cáncer cervicouterino en Colombia: percepción de los actores del sistema de salud	2009	Wiesner, Carolina; Tovar Murillo, Sandra Lourdes; Piñeros Petersen, Marion; Tovar, Sandra; Cendales Duarte, Ricardo; Gutiérrez, Martha Cielo	Rev. Panam. Salud Pública
455	Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera	2009	Molina, Gloria; Muñoz, Iván Felipe; Ramírez, Andrés	En prensa
456	Análisis de disparidades por anemia nutricional en Colombia, 2005	2009	Vega, Román; Acosta, Naydú; Martínez, Jorge; Arrieta, Rosaura; Estupiñán, Zandra; Fonseca, Zulma; Castro, Carlos	Rev. gerenc. políticas salud
459	Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes	2008	Gallego, Juan Miguel	Lect. Econ. En
360	Determinants of Demand for Antenatal Care in Colombia	2008	Vecino, Andrés Ignacio	Health Policy
372	¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?	2008	Zambrano, Andrés; Ramírez, Manuel; Yepes, Francisco; Guerra, José Alberto; Rivera, David	Cad. Saúde Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
406	Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina	2008	Gamboa, Teresa; Arellano, Madelein	Rev. gerenc. políticas salud
413	Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales	2008	Guzmán Urrea, María del Pilar	Rev. gerenc. políticas salud
414	Estudio de satisfacción de los usuarios de la Asociación Mutual SER E.S.S. ARS con el programa de administración del riesgo cardiovascular "De todo corazón"	2008	Céspedes, Juan Eduardo; Paz, Justo Jesús; Guete, Álvaro	Rev. gerenc. políticas salud
415	Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos	2008	Velandia, Fredy; Ardón, N.; Jaram, M.I.	Rev. gerenc. políticas salud
443	El derecho a la salud: la participación en el régimen subsidiado	2008	Dover, Robert; Puerta, Claudia	Libro
444	Protección social: entre el aseguramiento y la asistencia	2008	Fedesalud, Universidad de Santo Tomás	Libro
447	Effects of Subsidized Health Insurance on Newborn Health in Colombia	2008	Camacho, Adriana; Conover, Emily	Documentos CEDE
448	Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad?	2008	de Charry, Ligia Constanza; Roca, Sandra; Carrasquilla, Gabriel	Colombia Médica
450	De la generación del conocimiento a la formulación de políticas públicas	2008	Ministerio de la Protección Social	Documento técnico
457	Cream-Skimming and Risk Adjustment in Colombian Health Insurance System: The Public Insurer Case	2007	Gómez Suárez, Ronald Eduardo	Archivos de Economía
267	Aseguramiento para la población pobre: una herramienta de protección financiera	2007	Castañó, Ramón Abel; Zambrano, Andrés	Borradores de Investigación
268	Health Insurance as a Strategy for Access: Streamline Fact of the Colombian Health Care Reform	2007	Restrepo, Jairo Humberto; Zambrano, Andrés; Vélez, Mauricio; Ramírez, Manuel	Documento de trabajo
315	La regulación financiera y la autonomía en el Banco de la República, lecciones para el sector salud	2007	Kalmanovitz, Salomón	Rev. Econ. de la salud
333	Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud	2007	Pérez, Volmar Antonio; Ramírez, Gloria Elsa	Documento técnico
347	Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento	2007	Barón, Gilberto	Colección PARS

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
353	La política de salud y la regulación en el sector. Atributos indispensables de la institución propuesta por la Ley desde la perspectiva de la Cepal: no hablar solo de mercados	2007	Acosta, Olga Lucía	Rev. Econ. de la salud
359	Regulación del sector de la salud: algunas reflexiones	2007	Bardey, David	Rev. Econ. de la salud
366	Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform: Achievements and Continuing Challenges	2007	Yepes, Francisco; Ramírez, Manuel; Cano, María Gloria; Bustamante, Rodrigo	Página web
367	Experiencia regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	2007	Restrepo, Jairo Humberto	Revista Colombiana de economía de la salud
368	Modulación y regulación en el sistema general de seguridad social en salud: caso de UPC y POS	2007	Ramírez, Jaime	Rev. Econ. de la salud
369	La regulación en el sector salud en ausencia de velo de ignorancia	2007	González, Jorge Iván	Rev. Econ. de la salud
370	La regulación en salud: ¿en busca del santo grial?	2007	Castaño, Ramón Abel	Rev. Econ. de la salud
407	Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano	2007	Flórez, Carmen Elisa; Soto, Victoria Eugenia; Acosta, Olga Lucía; Karl, Claudio; Misas, Juan Diego; Forero, Nohora; Lopera, Carolina	Documentos de trabajo 15
416	Equidad y salud: debates para la acción	2007	Martínez, Félix; Rodríguez, Óscar; Jadue, Liliana; Delgado, Iris; Flores, Walter; Hernández, Mario; Braveman, Paula; Fresneda, Óscar	Libro
422	La tutela y el derecho a la salud 2003-2005	2007	Mejía, Darío; Gualtero, Martha Lucía; Betancourt, Jairo Alberto; Pardo, Hilario; Orjuela, Alexandra; González, Lyda Mariana	Defensoría del Pueblo, Programa de salud
426	El impacto de las reformas en salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en la situación de malaria	2007	Fedesalud	Documento de trabajo
427	La producción de salud infantil en Colombia: una aproximación	2007	Tovar, Luis Miguel; García, Gustavo Adolfo	Desarrollo y Sociedad
433	La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia	2007	Bardey, David; Castaño, Ramón Abel	Revista de Economía institucional
436	La integración vertical en el sistema de salud colombiano	2007	Restrepo, Jairo Humberto; Lopera, John Fernando; Rodríguez, Sandra Milena	Revista de Economía institucional
437	El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	2007	Rodríguez, Sandra Milena	Revista de Economía Institucional

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
454	Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004	2007	Jiménez, Mónica Marcela; Hinestroza, Yenifer; Gómez, Rubén Darío	Colombia Médica
1	Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia: análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones	2006	Gómez, Conrado; Sánchez, Luz Helena	Libro
5	Evaluación de la calidad e integridad de la atención a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis	2006	Fedesalud	Libro
20	Diferencia, igualdad e idoneidad: una aproximación al proyecto multicultural del sistema sanitario colombiano	2006	Domínguez, Luis Carlos	Rev. gerenc. políticas salud
25	Implicaciones de la reforma en el sector salud sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas	2006	Gómez, Pío Iván	Rev. colomb. Enfermería
28	Revisión de la legislación y la afiliación en salud para proponer las características del registro único nacional de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud	2006	Bautista, Édgar Argeni	SD*
85	Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Antioquia, 1985-1999	2006	Segura, C. Ángela M.; Rey, Juan José; Arbeláez, María Patricia	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
266	Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud: Implicaciones de equidad y eficiencia	2006	Castañó, Ramón Abel	Borradores de Investigación
323	Los derechos sexuales y reproductivos: estudio de caso de unidades de prestación de servicios	2006	Pacheco, Carlos; Latorre, Catalina; Enríquez, Carolina; Guevara, Eberto	Rev. gerenc. políticas salud
332	La incertidumbre del entorno en que trabaja la cadena de prestación de servicios de salud	2006	Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson; Torres, Sergio; Uribe, Elsa Margarita	Rev. gerenc. políticas salud
337	El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: un estudio de caso para el régimen contributivo	2006	Vásquez, Johanna; Gómez, Karoll	Rev. gerenc. políticas salud
338	Alianza sin confianza: lecciones de la cadena de salud en Colombia	2006	Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson; Torres, Sergio	Rev. gerenc. políticas salud
362	Las barreras de acceso en la atención de salud de la población de uno a cuatro años, de Bogotá. ¿Es viable la universalización del seguro?	2006	Yepes, Francisco; Ramírez, Manuel	Investig. segur. soc. salud

* SN: sin número.

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
364	La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2006	2006	Gómez, Rubén Darío	Libro
365	Factores predictores de adherencia al tratamiento antituberculoso en el Valle del Cauca	2006	Mateus, Julio César; Carvajal, Rocío	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease Vol 12, N5 may
373	Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda de la administración de Bogotá	2006	Acosta, Olga Lucía	Documento de trabajo
374	Encuesta longitudinal de coyuntura social. Primer seguimiento 2005	2006	Urdinola, Piedad; Higuera, Lucas	Literatura gris
389	Disintegrated Care: the Achilles Hell of International Health Policies in Low and Middle-Income Countries	2006	Unger, Jean Pierre; De Paepe, Pierre; Ghilbert, Patricia; Soors, Werner; Green, Andrew	International Journal of Integrated Care Vol. 6, 18 September
391	El concepto de la protección social	2006	Guerrero, Ramiro	Cuadernos de protección social
392	Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales	2006	Delgado, María E.; Vázquez, Luisa	Rev. Salud Pública
395	Repensando la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	2006	Eslava, Juan Carlos	Rev. Salud Pública
400	Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia	2006	Ruiz, Miriam; López, Sergio; Ávila, Leticia; Acosta, Naydú	Rev. Salud Pública
411	Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud, agua y alcantarillado	2006	Sánchez, Fabio	Documento CEDE 2006-15
419	Valoración económica de la prevención pública de la malaria en los hogares del Caquetá	2006	Vargas, Carol y Rosales, Ramón	Documento CEDE 2006-14
423	Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política pública de salud a la luz del derecho a la salud	2006	Ahogado, Teresa Irene; Gómez, María Paula; Mora, María Elena; Torres, Mauricio	Serie DESC
435	La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia	2006	Chicaíza, Liliana; Rodríguez, Fredy; García, Mario	Revista de Economía Institucional
440	El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003	2006	Tovar, Luis Miguel; García, Gustavo Adolfo	Lecturas de economía

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
452	Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha	2006	Wiesner, Carolina; Tovar Murillo, Sandra Lourdes; Cendales, Ricardo; Vejarano, Marcela	Rev. Colomb. Cancerol.
21	Flujo de recursos en el Sistema de salud: análisis del Proyecto de Ley 052	2005	Gorbaneff, Yuri; Torres, Sergio; Gómez, Conrado; Cardona, José Fernando; Contreras, Nelson	Rev. gerenc. políticas salud
22	La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿Avances reales?	2005	Cardona, José Fernando; Hernández, Amparo; Yepes, Francisco	Rev. gerenc. políticas salud
23	Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud	2005	Gómez, Conrado	Rev. gerenc. políticas salud
24	Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos, y algunos resultados de implementación	2005	Almeida, Celia	Rev. gerenc. políticas salud
26	Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe	2005	Gómez, Diana Jazmín	Rev. Salud Pública
27	Análisis situacional del estado de la implementación del modelo de seguridad social en salud en dos municipios de Boyacá: Sogamoso y Tibasosa	2005	Celemín, Henry	SD
77	Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud	2005	Velandia, Freddy; Ardón, Nelson; Cardona, José Fernando; Jara, María Inés	Rev. gerenc. políticas salud
78	Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria	2005	Guzmán, María del Pilar	Rev. gerenc. políticas salud
86	Investigación en gestión, políticas y sistemas de salud	2005	Molina, Gloria	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
115	Hacia una salud pública pluralista: El caso de los plaguicidas y la salud humana	2005	Idrobro, Álvaro Javier	Rev. Salud Pública
260	Ampliar cobertura con vocación universal	2005	Contraloría General de la República	Colección Análisis Sectorial y de Políticas Públicas
263	Biased Selection within the Social Health Insurance Market in Colombia	2005	Castaño, Ramón Abel; Zambrano, Andrés	Borradores de Investigación
264	Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia	2005	Acosta, Olga Lucía; Gamboa, Luis Fernando	Borradores de Investigación

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
265	Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida	2005	Ramírez, Manuel; Zambrano, Andrés; Yepes, Francisco; Guerra, Jose; Rivera, David	Borradores de Investigación
319	La Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud en Colombia	2005	Patiño, José Félix	Rev. gerenc. políticas salud
320	La viabilidad del sistema de salud: qué dicen los estudios	2005	Acosta, Olga Lucía; Ramírez, M.; Cañón C.I. Fundación Corona. U. del Rosario, 2005	Cuadernos de trabajo. U. Rosario
321	La reforma en salud y el ocaso del proyecto 052	2005	Jaramillo, Iván	Rev. gerenc. políticas salud
322	Criterios para la reforma a la salud universalidad, solidaridad, sostenibilidad y calidad	2005	Paredes, Nelcy	Rev. gerenc. políticas salud
324	Prioridades en la definición de límites entre aseguradores y prestadores de servicios de salud: aproximación preliminar al régimen contributivo en Bogotá	2005	Torres, Sergio; Gorbeneff, Yuri; Contreras, Nelson	Rev. gerenc. políticas salud
327	La complejidad del Sistema de Seguridad Social en Salud	2005	Giraldo, Juan Carlos	Rev. gerenc. políticas salud
328	Impacto del proyecto de Ley 052 en el Senado	2005	Redondo, Herman	Rev. gerenc. políticas salud
329	Sostenibilidad y reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud: una lectura desde la microeconomía	2005	Ruiz, Fernando	Rev. gerenc. políticas salud
330	Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia	2005	Restrepo, Jairo Humberto; Rodríguez, Sandra Milena	Revista de Economía Institucional
334	Propuesta para reformar la Ley 100 de 1993: opciones sociopolíticas en debate	2005	Hernández, Mario	Rev. gerenc. políticas salud
335	La reforma a la salud: beneficios y retos	2005	Torrenegra, Elisa	Rev. gerenc. políticas salud
339	La certificación como indicador de descentralización en salud: una mirada a la luz del cumplimiento de requisitos en municipios colombianos	2005	Pinto, Diana; Carrasquilla, Gabriel; Gil, Fabián; Collazos, Constanza; Rincón, Julio	Rev. gerenc. políticas salud
376	Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS	2005	Peñaloza, María Cristina	Archivos de Economía
377	Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del sistema general de seguridad social en salud	2005	Sarmiento, G. Alfredo; Castellanos, Wilma; Nieto, Angélica Cecilia; Alonso, Carlos Eduardo; Pérez, Carlos Andrés	Archivos de Economía

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
380	Laberito de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052	2005	Gorbaneff, Yuri; Torres, Sergio; Gómez, Conrado; Cardona, José Fernando; Contreras, Nelson	Archivos de Economía
382	Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia	2005	Meza, Carlos Arturo; Isaza, Jairo Guillermo	Archivos de Economía
386	Mortalidad materna en Colombia una aproximación ecológica	2005	Saboyá, Martha Idalí	Tesis
387	Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso	2005	Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio	Rev. Panam. Salud Pública
388	Why Neoliberal Health Reforms have Failed in Latin America	2005	Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio	Health Policy Vol 71 Iss 1
394	Base teórica en una muestra de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia	2005	Cabrera, Gustavo Alonso; Molina, Gloria; Rodríguez, Claudia	Rev. Salud Pública
405	Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá	2005	González, Jorge Iván; Sarmiento, Alfredo; Alonso, Carlos Eduardo; Angulo, Roberto Carlos; Espinosa, Francisco Alejandro	Rev. gerenc. políticas salud
417	Determinantes de la calidad de los niños en términos de salud y educación en Colombia	2005	González, Ana Cristina; Ribero, Rocío	Documento CEDE 2005- 9
418	Fecundidad adolescente en Colombia incidencia, tendencia y determinantes, un enfoque de historia de vida	2005	Flórez, Carmen Elisa; Vargas, Elvia; Henao, Juanita; González, Constanza; Zoto, Victoria; Kassem, Diana	Documento CEDE 2004-31
424	Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud	2005	Gualtero, Martha Lucía; Betancourt, Jairo Alberto; González, Lyda Mariana; Orjuela, Alexandra; Pardo, Hilario	Literatura gris
430	¿Hacia dónde debe orientarse el PAB en Colombia?	2005	Acosta, Naydú	Documento Cendex
432	¿Renovar la atención primaria en salud?	2005	Acosta, Naydú	Documento Cendex
434	Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica	2005	Chicaíza, Liliana	Revista de Economía Institucional
34	Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza	2004	Lasso, Francisco	Libro
37	Una nueva reforma al sistema de servicios para la salud	2004	Restrepo, Mauricio	Biomédica
56	Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud	2004	Ministerio de la Protección Social	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
57	Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio criterios básicos de calidad para centros de prácticas formativas	2004	Ministerio de la Protección Social, OPS	Literatura gris
79	Tipificación de las formas de intercambio de servicios de salud: un estudio exploratorio del régimen contributivo en Bogotá	2004	Torres, Sergio; Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson	Rev. gerenc. políticas salud
83	¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?	2004	Restrepo, Jairo Humberto	Rev. gerenc. políticas salud
92	Movilización social y promoción de la salud en la infancia: una estrategia de intervención	2004	Rodríguez, Jesús; Conversa, Luigi; Escobar, Juan; Pareja, Laura; Ruiz, Fernando; Torres, Angélica	Literatura gris. Libro publicado por U. Javeriana, (Javegraf) Bogotá
94	Manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales	2004	Ministerio de la Protección Social	Documento técnico
102	Elementos para la discusión de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	2004	Acosta, Olga Lucía; Latorre, Catalina; Henao, Elsa Victoria	Documento de trabajo
109	Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC	2004	Castaño, Ramón Abel	Documento técnico
110	Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia	2004	Carvajal, Rocío; Cabrera, Gustavo Alonso; Mosquera, María Janeth	Colombia Médica
112	Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios	2004	Prada, Luis	Rev. Salud Pública
123	Participación comunitaria y control social en el sistema de salud	2004	Arévalo, Decsi Astrid	Rev. Salud Pública
153	La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública	2004	Feo, Óscar	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
154	Las funciones esenciales y la re-orientación de los servicios de salud hacia un enfoque de promoción	2004	Feo, Óscar	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
156	La calidad de la educación en salud pública: un desafío impostergable	2004	Flórez, John	Rev. Fac. Nac. Salud Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
162	Tejiendo voluntades: una experiencia de participación social en la gestión de políticas públicas	2004	Guarín, Gabriel Jaime	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
163	¿Qué opinan diversos actores del sector salud frente a la reforma de la Ley 100 de 1993?	2004	Gutiérrez P., Roberto; Yepes, Francisco	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
166	Competencias bioéticas en los servicios de salud	2004	Lolas, Fernando	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
167	Formación de recursos humanos para la promoción de la salud en la familia	2004	Londoño, Beatriz	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
168	Oferta y demanda de recursos humanos en salud	2004	López, Juan Gonzalo	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
179	Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública: modelos de formación y desarrollo curricular	2004	Rigoli, Félix	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
180	La población y sus necesidades de salud: identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes	2004	Rosés Periago, Mirta	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
181	Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública	2004	Ruales, José	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
182	Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud	2004	Ruales, José	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
184	El Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Colombia: red nacional de producción e intercambio de información y de conocimiento para el aprendizaje institucional y la movilización de recursos	2004	Sierra, Óscar	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
220	Afiliación y uso de servicios de salud en habitantes de 14 barrios de las localidades Usaquén y Chapinero, de Bogotá - 2001	2004	Baquero, Hernando; Samper, Belén; Rincón, Luis Eduardo	Investig. segur. soc. salud
232	Protección a la propiedad intelectual: historia sin fin, engaños, mentiras y más mentiras	2004	Bravo, A.; Yunis, E.	Rev. Econom. Colomb.
233	El malestar de la salud en Colombia	2004	Campos, J.; Rivera, M.; Yanira, M.	Rev. Econom. Colomb.
234	¿Intermediación o valor agregado? Reflexiones sobre el rol de los aseguradores en el Sistema General de Seguridad Social	2004	Castaño, Ramón Abel	Rev. Econom. Colomb.
235	Protección a la propiedad intelectual: un paso adelante en la dirección correcta	2004	García, M. C.	Rev. Econom. Colomb.

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
236	Salud: diagnóstico y recetas	2004	Hernández, Amparo	Rev. Econom. Colomb.
237	Logros y retos en salud de la Ley 100 de 1993	2004	Paredes, Nelcy	Rev. Econom. Colomb.
238	El derecho a la salud: apuntes en torno a la reforma de la acción de tutela respecto al derecho a la salud	2004	Parra, O.; Uprimmy, R.	Rev. Econom. Colomb.
240	Limitaciones y desafíos para el acceso a los medicamentos en países menos desarrollados	2004	Velásquez, G.	Rev. Econom. Colomb.
262	The determinants of the Health Status in a Developing Country: Results from the Colombian Case	2004	Ramírez, Manuel; Gallego, Juan Miguel; Sepúlveda, Carlos E.	Borradores de Investigación
269	Evaluación de la implementación del sistema de seguridad social frente a las características particulares de la región pacífica en Chocó y Tumaco	2004	Fedesalud	Libro
270	Tuberculosis Control and Managed Competition in Colombia	2004	Arbeláez, María Patricia; Blas, Erik; Gaviria, Marta Beatriz; Franco, Álvaro; Restrepo, Román; Hincapié, Doracelly	Int. j. health plann. management
288	Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios	2004	Prada, L.M.	Rev. Salud Pública
292	Universal Health Care for Colombians 10 years after Law 100: Challenges and Opportunities	2004	Rodríguez Monguió, Rosa; Infante Campos, Alberto	Health Policy
293	El problema de la salud: ¿hasta cuándo?	2004	Rosas, G.; Castaño, Ramón Abel	Rev. Econom. Colomb.
295	Are Colombian sickness funds cream skimming enrollees? An analysis with suggestions for policy improvement	2004	Trujillo, A.J.	J Policy anal Management
296	Declaración del Tercer Congreso Internacional de Salud Pública: las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano	2004	Universidad de Antioquia	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
308	Innovación: clave de los modelos exitosos de prestación de servicios de salud	2004	Centro de Gestión Hospitalaria	Vía Salud
309	Los sistemas de salud están enfrentando retos cada vez más complejos	2004	Camacho, Manuel	Vía Salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
313	Experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria y un grupo de hospitales colombianos en el diseño e implementación de un sistema de grupos relacionados por el diagnóstico	2004	Kerguelén, Carlos; Santa, Gloria Lucía	Vía Salud
325	<i>Outsourcing</i> de servicios en la prestación de servicios de salud de Bogotá	2004	Torres, Sergio; Ángel, Víctor Manuel	Rev. gerenc. políticas salud
326	Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá, 2003	2004	Ardón, Nelson; Rubio, Zuleima; Parra, Clara Isabel; Daza, Rosa; Ariza, Claudia	Rev. gerenc. políticas salud
331	Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud	2004	Castaño, Ramón Abel	Rev. gerenc. políticas salud
336	En el sistema general de seguridad social colombiano: caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud	2004	Pinto, Diana; Castellanos, María Isabel	Rev. gerenc. políticas salud
340	Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo	2004	Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson; Torres, Sergio	Rev. gerenc. políticas salud
356	Situación de la tuberculosis en Colombia	2004	Chaparro, Pablo Enrique; García, Ingrid; Guerrero, Martha Inirida; León, Clara Inés	Biomédica
357	Resistencia inicial a drogas antituberculosas en Buenaventura, Colombia	2004	Moreira, César; Ferro, Beatriz; Jaramillo, Ernesto	Biomédica
358	Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca	2004	Carvajal, Rocío; Cabrera, Gustavo Alonso; Mateus, Julio César	Biomédica
361	Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado	2004	Assalud, CCRP, BDO SALUD	Documento técnico
378	Condiciones iniciales de los beneficiarios e impactos de corto plazo	2004	DNP	Evaluación de políticas públicas
399	Dos indicadores para medir la brecha en salud y economía de los países	2004	Eslava, Javier; Buitrago, Giancarlo	Rev. Salud Pública
438	¿Es equitativo el gasto social en salud?	2004	Vargas, Gustavo	Cuadernos de Economía
439	Restricciones al comercio de servicios de salud	2004	Rangel, Alejandra María	Archivos de Economía
441	Could Political Violence Affect Infant Mortality? The Colombian Case	2004	Urdinola, Piedad	Coyuntura Social

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
442	Disability and Social Policy: an Evaluation of the Colombian Legislation on Disability	2004	González, Adriana	Coyuntura social
9	¿El POS que queremos o el POS que podemos pagar?	2003	Castaño, Ramón Abel	Vía Salud
42	Recursos humanos en salud en Colombia 1961-2005: necesidades de la población, modelo dinámico de oferta y demanda, planeación y proyecciones, incentivos y sistema de información	2003	Ministerio de Salud	SD
45	Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia: seis estudios de caso	2003	Ruiz, Fernando; Acosta, Naydú; Ardila, Zayda; Eslava, Julia Isabel; Peñalosa, Enrique; Reyes, Sandra; Puente, Carlos	Libro
46	Reformas, salud pública, derechos ciudadanos e integración: II Seminario Internacional Convenio Hipólito Unanue	2003	Bustamante, Mauricio	Libro
75	Consideraciones teóricas para una operación territorial del régimen subsidiado de salud en Colombia	2003	Peñalosa, Enrique; Puente, Carlos	Documento de trabajo AGDT/ASS/DT 007-03
87	Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia	2003	O'Meara, Gloria; Ruiz, Fernando; Amaya, Jannette Liliana	Libro
98	Del pluralismo estructurado hacia la protección social	2003	Echeverri, Cecilia	Rev. gerenc. políticas salud
99	La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance	2003	Fresneda, Óscar	Rev. gerenc. políticas salud
125	Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios	2003	Arrivillaga, Marcela; Salazar, Isabel Cristina; Correa, Diego	Colombia Médica
130	Coberturas de vacunación en el Valle del Cauca, 2002	2003	Cruz G., Luis Fernando; Girón, Luz Nelly; Velásquez, Rodrigo; García, Lina María; Alzate, Alberto	Colombia Médica
169	Los laboratorios de salud pública en el sistema de seguridad social en salud, Colombia, 2002. Estudio de caso	2003	López, Yolanda Lucía; González, Marta Claudia; Escobar, José Pablo; Chávez, Blanca Myriam	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
193	Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia	2003	Gómez, Luis Alejandro; Tovar, Hilda Constanza; Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
201	Distribución de recursos del Plan de Atención Básica con criterio de equidad, Bogotá 2002	2003	Ospina, Juan Fernando; Hincapié, Doracelly; Forero, Libia Esperanza	Rev. Salud Pública
203	Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud sobre la población sin capacidad de pago de cuatro localidades de Bogotá, D.C., Colombia, 2001	2003	Vega Romero, Román; Hernández, Amparo; Barajas, Luz Cristina; Conversa, Luigi; Cantor, Beatriz	Rev. Salud Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
206	La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades	2003	Echeverri, Esperanza	Rev. gerenc. políticas salud
208	Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia	2003	Franco, Saúl	Rev. gerenc. políticas salud
212	Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona suroriental de Cartagena	2003	Hernández, Amparo; Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
214	Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia	2003	Restrepo, Jairo Humberto; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna; Rodríguez, Sandra	Rev. gerenc. políticas salud
216	Las limitaciones del plan en el actual contexto social y económico del país	2003	Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
272	Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evicence from Colombia and Chile	2003	Bossert, Thomas J.; Larrañaga, Osvaldo; Giedión, Úrsula; Arbeláez, José; Bowser, Diana	Bulletin of the Who
285	Is the Colombian Health system Reform Improving the Performance of Public Hospital in Bogotá?	2003	McPake, Bárbara; Yepes, Francisco; Sánchez, Luz Helena	Health Policy Plann
289	De la crisis a la protección social	2003	Ramírez, Jaime	Rev. gerenc. políticas salud
294	Medical Care Use and Selection in a Social Health Insurance with an Equalization Fund: Evidence from Colombia	2003	Trujillo, A.J.	Health Econ. Vol. 12 Iss 3
307	Amenzas y oportunidades: un análisis desde las tendencias mundiales de salud	2003	Castaño, Sergio	Vía Salud
311	Evaluación de tecnología en el sistema de salud colombiano ¿Lujo o necesidad?	2003	Caro, Jaime	Vía Salud
312	Un ejemplo de construcción conjunta: proyecto de mejoramiento de relaciones entre EPS-IPS	2003	Henao, Elsa Victoria; Núñez, Carmen Elisa	Vía Salud
350	Motivaciones económicas de las políticas de salud en el plan nacional de desarrollo 2002-2006	2003	Medina, Carlos	Rev. gerenc. políticas salud
354	Health, Nutrition, Human Capital and Economic Growth in Colombia 1995-2000	2003	Flórez, C.E.; Ribero, Rocío; Samper, Belén	Documento CEDE
363	Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997	2003	Velandia, Freddy; Ardón, Nelson; Jara, María Inés; Cárdenas, José; Pérez, Nicolás	Rev. gerenc. políticas salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
384	Transformación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del Instituto de Seguro Social (ISS), en Empresas Sociales del Estado (ESE)	2003	Fundación Corona	Documento de trabajo
390	Producción académica en Economía de la salud en Colombia, 1980-2002	2003	Espinosa, Karem; Restrepo, Jairo Humberto; Rodríguez, Sandra	Lecturas de Economía
393	¿Qué es la salud pública basada en la evidencia?	2003	Hernández, Luis Jorge	Rev. Salud Pública
409	El financiamiento de la salud en Colombia y la equidad	2003	Yepes, Francisco	Economía de la salud, México
412	El modelo regulatorio en el Sistema General de Seguridad Social de Salud y sus implicaciones para el régimen subsidiado	2003	Eslava, Julia Isabel	Documento de trabajo AGDT/DT002-03
420	El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales	2003	Parra, Óscar	Literatura gris
431	Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de "Managed care y Managed Competition"	2003	Acosta, Naydú	Documento Cendex
449	Evaluación integral del SISBEN	2003	Ministerio de Salud, DNP	Documento técnico
4	¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?: a ocho años de la reforma en Colombia	2002	Martínez, Félix; Robayo, Gabriel; Valencia, Óscar	Libro
14	Profile of the Health Services System of Colombia	2002	OPS	Documento de trabajo
15	El acceso a los servicios de salud en Colombia	2002	Quintana, Stella	Documento de trabajo
18	Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina	2002	OPS	SD
35	Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002	2002	Realpe, Cecilia; Escobar, Gloria Mercedes; Largo, Blanca Cecilia; Duque, Beatriz	Colombia Médica
36	Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia	2002	Varela, Alejandro; Carrasquilla, Gabriel; Tono, Teresa; Samper, Belén	Colombia Médica
43	Hacia una reforma del sistema de seguridad social: salud, pensiones y riesgos profesionales	2002	Rodríguez, Óscar; Rodríguez, Germán; Benavides, Silvia	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
44	Los avatares del servicio de salud para pobres: transformación de subsidios de oferta-demanda, sostenibilidad financiera, comparación internacional	2002	Rodríguez, Óscar	SD
48	Proyectos Apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud: modelo de autoevaluación y autorregulación para programas del área de la salud: programas de formación de auxiliares de salud en educación no formal	2002	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
49	Modelo de autoevaluación y autorregulación para programas del área de la salud: Guía de instrumentos para la autoevaluación	2002	Ministerio de Salud	SD
59	Desafíos para los recursos humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: memorias	2002	Ministerio de Salud	Libro
60	Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud: Documento 1: Elementos de contexto y línea de base	2002	Consultoria i Gestio S.A.; Ministerio de Salud	Documento técnico
71	Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud: Documento 7: Plan de incentivos para la modernización de la formación, capacitación y entrenamiento en salud	2002	Consultoria i Gestio S.A.; Ministerio de Salud	Documento técnico
72	Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud: Documento 6: Plan de modernización para la educación en salud problemas, estrategias, actores y recomendaciones finales	2002	Consultoria i Gestio S.A.; Ministerio de Salud	Documento técnico
73	Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud: Documento 4: Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y los servicios de salud Propuesta de estándares para la acreditación de los centros de formación en salud	2002	Consultoria i Gestio S.A.; Ministerio de Salud	Documento técnico
74	Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud: Documento 2: Organización del proceso de planeación	2002	Consultoria i Gestio S.A.; Ministerio de Salud	Documento técnico

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
	educativa en salud. Recomendaciones para la educación en pregrado, posgrado, educación continuada y educación no formal			
84	Diagnóstico institucional de salud de la Clínica Reina Sofía para el período enero a diciembre de 2001	2002	Suárez, Isabel Cristina	SD
89	Diagnóstico de salud San Antonio del Tequendama, año 2001	2002	Barbosa, Diva Alexandra; Cardona, Gloria del Pilar; Laza, Celmira; Tamayo, Rosa Maritza	SD
90	¿Ha mejorado el acceso en salud?: evaluación de los procesos del régimen subsidiado	2002	Agudelo, Carlos A.; Arévalo, Decsi A.; Cárdenas, Raúl; Fresneda, Óscar; Jaramillo, Iván; Martínez, Patricia y otros	Colección PARS La seguridad social en la encrucijada
91	Evaluación y análisis del proceso de descentralización en el área de la Dirección local de salud y talento humano del municipio de Suesca, Cundinamarca	2002	Mayorga, Óscar Alberto; Rivera, Rafael Humberto	SD
101	El régimen subsidiado y su impacto sobre la equidad en salud	2002	Jaimes, Carlos	Colección La seguridad social en la encrucijada
103	Situación del sector salud en Colombia: retos y compromisos del nuevo gobierno	2002	Rincón, Luis Eduardo	Documentos de trabajo 5
104	La equidad en el sector salud: una mirada de diez años	2002	Flórez, Carmen Elisa; Tono, Teresa	Documentos de trabajo 6
120	La penuria de la salud pública	2002	Ahumada, Consuelo	Rev. gerenc. políticas salud
133	Revisión sistemática de intervenciones comunitarias sobre actividad física en grupos específicos	2002	Gómez, Luis Fernando; Espinosa, Gladys; Duperly, Jhonn; Cabrera, Gustavo Alonso; Gómez, Olga Lucía	Colombia Médica
150	Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones	2002	De Carvalho Mesquita Ayres, José Ricardo	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
161	La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia	2002	García L., Juan Darío; Caicedo, Beatriz	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
171	Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa	2002	Molina M., Gloria; Rodríguez, Claudia Milena	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
174	El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud	2002	Peñaranda C., Fernando; Bastidas, Miriam; Ramírez, Humberto; Lalinde, María Isabel; Giraldo, Yolanda; Echeverri, Silvia Liliana	Rev. Fac. Nac. Salud Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
176	Experiencia del municipio de Versalles, departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud	2002	Restrepo, Helena E.	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
186	Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud	2002	Yepes, Carlos Enrique	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
188	Promoción y prevención en el sistema de salud	2002	Eslava, Juan Carlos	Rev. Salud Pública
192	Algunas relaciones entre las finanzas, los sistemas de pago y la prestación de servicios, en hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2002	García, Juan Carlos; Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
195	Aproximaciones a la política pública en salud en Bogotá, Distrito Capital	2002	Hernández, Luis Jorge	Rev. Salud Pública
197	Tendencias en la reorganización de los sistemas de salud	2002	Jaramillo, Iván	Rev. Salud Pública
199	Hygeia no es panacea. Condiciones para dialogar sobre coberturas de la seguridad social en salud	2002	Martínez, Félix; Robayo, Gabriel; Valencia Óscar	Rev. Salud Pública
202	Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios	2002	Silva R., Liliana; Herrera, Vicente; Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
204	La focalización de subsidios para aseguramiento en salud: percepción de usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales	2002	Barajas, Luz Cristina; Conversa, Luigi; Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
205	Propuesta de ajuste a la política del régimen subsidiado de salud en Colombia	2002	Peñalosa, Enrique; Eslava, Julia; Garavito, Liz; Lara, Eduardo	SD
207	Hospital Universitario y crisis hospitalaria en Colombia	2002	Eslava, Juan Carlos	Rev. gerenc. políticas salud
210	Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad	2002	González, Jorge Iván	Rev. gerenc. políticas salud
213	El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal?	2002	Restrepo, Jairo Humberto	Rev. gerenc. políticas salud
217	Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social	2002	Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
218	Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en salud	2002	Vega Romero, Román; Jara, María Inés	Rev. gerenc. políticas salud
222	Sistema de pago para la atención de la población pobre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ciudad de Bogotá	2002	López, Álvaro; Giedión, Úrsula; Agudelo, Gabriel; Henao, Santiago	Investig. segur. soc. salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
223	Evaluación del sistema de pago implementado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en las ESE	2002	Marulanda Restrepo, John Alberto; Guerrero, Germán; Bonilla, Edna Cristina; Duque, Edison Jair; Arcila, Axel	Investig. segur. soc. salud
227	Prepárese para ofrecer servicios humanos: una necesidad del sector salud	2002	Orjuela de Deeb, Norma	Vía Salud
248	El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura	2002	Restrepo, Jairo Humberto; Salazar, Verónica	Coyunt. Soc.
254	La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización	2002	Ayala Cerna, Carlos; Kroger, Axel	Cad. Saúde Pública
255	La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos	2002	Mejía Restrepo, Samuel; Vélez Arango, Alba Lucía; Buriticá Arboleda, Olga Clemencia; Arango Mejía, María Cristina; Del Río Gómez, Jaime Alberto	Cad. Saúde Pública
256	Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia	2002	Céspedes, Juan Eduardo; Jaramillo, Iván; Castaño, Ramón Abel	Cad. Saúde Pública
257	Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia	2002	Hernández, Mario	Cad. Saúde Pública
282	Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia	2002	Jaramillo, Iván	Gac Sanit
290	Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?	2002	Restrepo, Helena E.	J Epidemiol Community Health
306	Un acercamiento inicial al estado actual de los hospitales: encuesta nacional de gestión hospitalaria	2002	Samper, Belén; Tono, Teresa; Guerrero, Sandra	Vía Salud
316	El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva	2002	Tono, Teresa; Velázquez, Ligia; Castañeda, Laura; Sáenz, Julio	Documentos de trabajo, Fundación Corona
317	Los hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el Caribe	2002	Tono Ramírez, Teresa; Samper, Belén; Guerrero, Sandra; Castañeda, Laura	Documentos de trabajo, Fundación Corona
318	Régimen subsidiado de salud en Colombia: evaluación y propuestas de ajuste	2002	Peñaloza, Enrique; Henao, Elsa Victoria	Documentos de trabajo, fundación Corona
342	La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad	2002	González, Alejandra; Mogollón, O.	Gac Sanit.

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
352	La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe	2002	Granados, Ramón	Rev. gerenc. políticas salud
371	Modelo matemático del riesgo anual de infección tuberculosa en Cali	2002	De la Pava, Elmer; Salguero, Beatriz; Alzate, Alberto	Rev. Panam. Salud Pública
381	Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades	2002	Velandia, Durfari; Restrepo, Jairo Humberto; Rodríguez, Sandra	Borradores del CIE 1
385	Malaria Control Reinvented: Health Sector Reform and Strategy Development in Colombia	2002	Kroger, Axel; Ordóñez, José; Aviña, Ana Isabel	Tropical Medicine and International Health
397	Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México	2002	Le Bonniec, Yves	Rev. Salud Pública
8	Libertad de elección y mercados imperfectos	2001	Castaño, Ramón Abel	Vía Salud
10	Análisis económico: el proceso de desarrollar una forma de pensar y administrar los servicios de salud	2001	Castaño, Sergio	Vía Salud
12	Expectativas de los médicos generales frente a la especialización	2001	Escobar, Martha Lucía; Vásquez, Luis Alfonso; Zapata, Heriberto Antonio	Iatreia
16	Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud	2001	Castaño, Ramón Abel; Arbeláez, José; Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo	Financiamiento y Desarrollo - Cepal
19	Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del Estado	2001	Sáenz, Luis	Literatura gris
38	Ley 100: ¿Salud para todos?	2001	Gómez, Luis Fernando	Infectio
50	Proyecto apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud en Colombia: "Diagnóstico de los programas de formación en el área de la salud y la evaluación y acreditación de su calidad"	2001	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
53	Proyecto apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud: análisis de las encuestas realizadas a programas formadores y de entrenamiento del recurso humano en salud sobre los aspectos académicos y el proceso de autoevaluación y de acreditación	2001	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
61	Análisis oferta educativa en salud: educación no formal 1988-1999	2001	Jurado, Carlos Eduardo	Documento técnico ASS/867.01

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
62	La oferta educativa en salud en Colombia instituciones y programas	2001	Ruiz, Fernando; Camacho, Salvador; Jurado, Carlos Eduardo	Documento técnico ASS/846.01
63	La oferta educativa en salud en Colombia instituciones y programas análisis de capacidad instalada y currículos	2001	Camacho, Salvador; Matallana, María Alexandra; O'Meara, Gloria; Ruiz, Fernando; Eslava, Julia Isabel; Ortiz, Jail Tao; Vásquez, Elizabeth	Documento técnico ASS/881.01
64	Análisis calidad recursos humanos	2001	Ruiz, Fernando; Matallana, María Alexandra; Moore, Frank; Felkner, Sara; Cañón, Hilda María; Cortés, Rosaura; Jurado, Carlos Eduardo; Rincón, MarLey; Pardo, Jasnid	SD
65	Incidencia de la regulación en los problemas críticos del recurso humano de salud en Colombia	2001	Eslava, Julia Isabel; Orozco, María Jadille; Ruiz, Fernando	Documento técnico ASS/824.01
66	Problemas críticos para el desempeño de los recursos humanos en salud y escenarios de ajuste de las políticas	2001	Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo, Family Health Foundation	Documento técnico
67	Diagnóstico de políticas generales que orientan a los recursos humanos: Línea de Base Regulatoria	2001	Eslava, Julia Isabel; Orozco, María Jadille	Documento técnico ASS/818.01
69	Mapa estratégico de Intereses Actores en los Recursos Humanos en Colombia	2001	Ruiz, Fernando	Documento técnico ASS/817.01
70	Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en salud	2001	Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo, Family Health Foundation	Documento técnico
88	Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia 1993-2000	2001	Peñalosa, Enrique; Eslava, Julia; Muñoz, Mariana; O'Meara, Gloria; Pinzón, Jennifer; Camacho, Salvador; Fonseca, Nancy; Garavito, Liz; González, Fabián; Lara, Eduardo; Ruiz, Fernando; Orozco, María Jadille	Libro
93	Revisión de literatura para la administración de hospitales públicos en Bogotá	2001	Otálora, William; Eslava, Javier	Investig. Secur. Soc. Salud
97	Efecto de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá, Colombia	2001	Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo; Acosta, Olga Lucía	Literatura gris
108	Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia, 1966-1998	2001	Morales, Luis Gonzalo; Chavarriaga, Ilse; Esquerro, Roberto; Gallardo, Hery Mauricio	Documentos de trabajo
118	Estudio de evaluación integral de equilibrio financiero del sistema general de seguridad en salud. Evaluación del equilibrio financiero UPC/POS	2001	Castaño, Ramón Abel; Granados, Ramón; Álvarez, Eduardo; Ramírez, Carlos Mario	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
119	El índice de precios al consumidor y la reforma en seguridad social en salud en Colombia	2001	Jurado, Carlos Eduardo	SD
124	Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud	2001	Argote, Luz Ángela; Duque, Ángela María; González, Laura; Payán, Andrey; Payán, Claudia María; Rojas, Luz Helena; Tovar, María Clara	Colombia Médica
127	Características de la atención en salud para los mayores de 60 años en Manizales, 1998	2001	Botero, Beatriz Eugenia; Agudelo, Luz Marina	Colombia Médica
129	El diseño de un plan estratégico en sistemas de información en el Servicio de Odontología del Centro de Salud de Siloé, Cali	2001	Corchuelo, Jairo	Colombia Médica
131	Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999	2001	Cujiño, Marta Lucía; Muñoz, Lorena	Colombia Médica
136	Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín	2001	Ramírez, Humberto; Vélez, Sergio; Vargas, Virgilio; Sánchez, Carlos; Lopera, Jaime	Colombia Médica
137	Caracterización de la población afiliada al Régimen Subsidiado en Cali, julio de 2000	2001	Rendón, Luis Fernando; Torres, Mierylendi; Llanos, Guillermo	Colombia Médica
138	Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso	2001	Roldán, Piedad; Vargas, Clara Ruth; Giraldo, Clara Patricia; Valencia, Gloria Esperanza; García, Claudia Liliana; Salamanca, Luisa Matilde	Colombia Médica
141	Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo	2001	Cabrera, Gustavo Alonso; Tascón, Jorge; Lucumí, Diego	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
149	La responsabilidad de las aseguradoras del sistema general de seguridad social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	2001	Chávez G., Blanca M.	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
155	Proyecto municipios centinelas: evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 1995-1998	2001	Fernández M., Sara Yaneth; Pastor, María del Pilar	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
159	La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana	2001	Franco, Álvaro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
164	El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina	2001	Hernández, Mario	Rev. Fac. Nac. Salud Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
170	Tendencias en la gestión de los servicios de salud	2001	Molina, Gloria	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
173	Factores socioeconómicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia	2001	Nieto L., Emmanuel; Londoño, Juan Luis	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
175	Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud	2001	Restrepo, Helena E.	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
191	Estrategia de producción y mercado para los servicios de salud	2001	O'Meara, Gloria; Ruiz, Fernando; Acosta, Naydú; Arango, Fernando; Lara, Eduardo; Peñalosa, Enrique; Sandoval, Edna	Libro
200	Equidad en la política de reforma del sistema de salud	2001	Martínez, Patricia; Rodríguez, Luis A.; Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
209	Imparcialidad financiera y equidad: otra lectura del informe de la Organización Mundial de la Salud, 2000	2001	González, Jorge Iván	Rev. gerenc. políticas salud
211	El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión	2001	Hernández, Amparo; Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
215	El papel de los investigadores y el uso de metodologías participativas en los procesos de formulación de políticas: una perspectiva pos-estructuralista	2001	Vega, Román	Rev. gerenc. políticas salud
219	Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE	2001	Velandia Salazar, Freddy; Ardón, Nelson; Cárdenas, José Miguel; Jara, María Inés; Pérez, Nicolás	Rev. gerenc. políticas salud
226	¿Qué quieren los usuarios? Un acercamiento a las percepciones de calidad en salud de los colombianos	2001	Múnera, Juan Guillermo; Tono, Teresa	Vía Salud
228	La distribución de recursos financieros en el Régimen Subsidiado	2001	Pinzón, Maureen Jennifer; González, Iván Darío; Peñalosa, Enrique	Vía Salud
230	¡Apoderar al usuario!: una propuesta sobre cómo informar en salud	2001	Tono, Teresa; Márquez, María Fernanda	Vía Salud
231	El trabajo extramural en el marco de la promoción de la salud	2001	Vesga, Amparo; Murillo, Raúl; Burgos, María Mercedes; Valencia, Arlady; Gutiérrez, María Fernanda; Llanos, Guillermo	Colombia Médica
287	Strengthening User Participation through Health Sector Reform in Colombia: a Study of Institutional Change and Social Representation	2001	Mosquera, M.; Zapata, Y.; Lee, K.; Varela, Alejandro; Arango, C.	Health Policy Plann
305	Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad	2001	Orjuela de Deeb, Norma; Kerguelén, Carlos; Camacho, Manuel	Vía Salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
344	Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud: un dilema ético y un imperativo social	2001	Patiño, José Félix	Medicina
345	Managed Competition for the Poor or Poorly Managed Competition?	2001	Plaza, Beatriz; Barona, Ana Beatriz; Hearst, Norman	Health Policy Plann
349	Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos	2001	Starfield, Bárbara	Rev. gerenc. políticas salud
351	Evaluación del informe sobre la salud en el mundo, 2000	2001	Navarro, Vicente	Rev. gerenc. políticas salud
375	Indicadores Etapa V. En: Encuesta Social	2001	Fedesarrollo	Literatura gris
403	El nuevo papel del Estado en la prestación y aseguramiento de los servicios de salud	2001	Jaramillo, Iván	Rev. Salud Pública
404	Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social	2001	Vega, Román	Rev. Salud Pública
425	Análisis de implementación de la política de aseguramiento subsidiado en Colombia	2001	Eslava, Julia Isabel; Muñoz, Mariana; O'Meara, Gloria; Peñaloza, Enrique; Pinzón, Jennifer; Camacho, Salvador; Fonseca, Nacxiry; Garavito, Liz; González, Fabián; Lara Ruiz, Fernando Eduardo	Documento Cendex
428	Eficiencia de los hospitales públicos de Bogotá	2001	Nupia, Oskar Andrés; Sánchez, Fabio	Desarrollo y sociedad
445	La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda	2001	Moreno, Hernando	Archivos de Economía
446	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia	2001	Jaramillo, Iván	Archivos de Economía
7	Las personas con discapacidad: ¿Olvidadas por el sistema de salud?	2000	Buraglia, Inés Elvira; González, Liliana	Vía Salud
13	La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un estudio comparativo de Chile, Colombia y Bolivia	2000	Bossert, Thomas J.	Documento de trabajo
33	Oferta y demanda de servicios de salud en Manizales. Primer semestre 1995 al primer semestre de 1997	2000	Vélez Arango, Alba Lucía; Pérez, Nicolás	Colombia Médica
51	Proyecto apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud: Memorias del Seminario Taller "Análisis de experiencias significativas y relevantes sobre procesos de autoevaluación, evaluación externa y acreditación en Colombia	2000	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
52	Proyecto apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud: Revisión bibliográfica sobre los procesos de autoevaluación, evaluación externa y acreditación en programas académicos de ciencias de la salud	2000	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
54	Proyecto de apoyo a la acreditación de programas de educación en salud y entrenamiento en salud: situación actual de la acreditación programas de educación y entrenamiento en salud en Colombia	2000	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
55	Proyecto apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud	2000	Assalud, Ascofame, AUPHA, CES, Ministerio de Salud	Documento técnico
68	Diagnóstico de las políticas generales que orientan a los recursos humanos	2000	Eslava, Julia Isabel; Orozco, María Jadille	Documento técnico ASS/806.00
82	Impacto económico de la implementación de las actividades de demanda inducida de los programas de promoción y prevención a cargo de la Unidad de Pago por Capitación y del Plan Obligatorio de Salud	2000	Bernal, Rocío Alexandra; Castillo, Ana María	SD
100	La investigación para la toma de decisiones en el sistema general de seguridad social en salud	2000	Urrego, Zulma; Muñoz, María; Bello, Nidia	Investig. segur. soc. salud
114	Situation of the public hospitals of the district health authority in Santa Fe de Bogotá	2000	García, Juan Carlos	Rev. Salud Pública
122	Visión sobre la organización administrativa, funcional y financiera de los administradores del Régimen Subsidiado en Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998-1999	2000	Arango, Darío	Investig. segur. soc. salud
128	El cambio social: análisis del concepto y aplicación en la investigación, educación y práctica de los profesionales de la salud	2000	Canaval, Gladys Eugenia	Colombia Médica
132	Evaluación de un sistema de vigilancia epidemiológica y riesgos de infección intrahospitalaria en pacientes quirúrgicos	2000	Del Río, Jaime Alberto; Buriticá, Olga Clemencia	Colombia Médica
135	Formación de recurso humano en enfermería: una experiencia innovadora	2000	Montes, Marlén; Giraldo, Ligia de; Álvarez, Gloria Cielo; Mera, Rosalba; Osorio, Ascenth	Colombia Médica
139	Marco político y legal de la promoción de la salud	2000	Vélez, Alba Lucía	Colombia Médica

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
140	Formulación preliminar de un modelo racional de finanzas para los hospitales públicos	2000	Arroyave, Darío	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
151	Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los noventa	2000	Echeverri, Esperanza	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
158	La salud pública: ciencia en construcción	2000	Franco, Álvaro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
172	Análisis de algunos procesos en el sistema de selección de beneficiarios (SISBEN) y satisfacción en la prestación del servicios de salud, municipio de Rionegro, Antioquia, 1998	2000	Muñoz, Alba Luz; Arias, Gladys Eugenia; Montoya, Liliana Patricia	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
178	Signos vitales del sector salud en Antioquia	2000	Restrepo, Jairo Humberto; Salazar, Verónica	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
187	Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud	2000	Céspedes, Juan Eduardo; Jaramillo, Iván; Martínez, Rafael; Olata, Sonia; Reynales, Jairo; Uribe, Camilo; Castaño, Ramón Abel; Garzón, Édgar; Almeida, Celia; Travassos, Claudia; Basto, Fernando; Angarita, Janeth	Rev. Salud Pública
190	Seguridad social y salud en Colombia: estado de la reforma	2000	Franco, Álvaro	Rev. Salud Pública
194	El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización	2000	Hernández, Mario	Rev. Salud Pública
198	Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la seguridad social	2000	Málaga, Hernán	Rev. Salud Pública
224	Costos de actividades de promoción y prevención, y de las 15 principales, motivos de consulta en Santa Fe de Bogotá	2000	Portella, Andrea; Rojas, David Andrés; Gutiérrez, Martha Cielo; Nicolay, Francisco	Investig. segur. soc. salud
242	El sistema de seguridad social en salud: logros y retos	2000	Fedesarrollo	Coyunt. Soc.
243	Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas	2000	Gaviria U., Alejandro	Coyunt. Soc.
244	Desarrollo institucional del sector salud en Bogotá	2000	Giedión, Úrsula; Marulanda, John Alberto; López, Héctor Raúl	Coyunt. Soc.
245	Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá	2000	Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo; Acosta, Olga Lucía	Coyunt. Soc.
250	Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos	2000	Tono, Teresa	Coyunt. Soc.
261	Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico	2000	Gallego, Juan Miguel	Borradores de Investigación

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
275	Equitable Financing, out-of-pocket Payments and the Role of Health care reform in Colombia	2000	Castaño, Ramón Abel; Arbeláez, José; Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo	Health Policy Plann
284	Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud	2000	Madies, C.V.; Chiavetti, S.; Chorny, M.	Rev. Panam. Salud Pública
298	La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?	2000	Yepes, Francisco; Sánchez, Luz Helena	Rev. Panam. Salud Pública
303	Economía, salud y finanzas: ¿Qué esperar en estos tiempos difíciles?	2000	Londoño F., Juan Luis	Vía Salud
304	Cobertura universal y seguro social: logros y reformas en países desarrollados y perspectiva para los países en desarrollo	2000	Carrin, Guido	Vía Salud
355	Aproximación a un entorno de la seguridad social en salud de Colombia	2000	Ruiz, Fernando	Documento técnico ASS/788.00
379	Regulación e incentivos en la reforma de salud	2000	Eslava, Julia Isabel	Documento técnico ASS/726B
383	Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997	2000	Mora, Humberto	Serie Financiamiento del Desarrollo
398	Equidad y reforma en salud en Colombia	2000	Málaga, Hernán; Latorre, María Cristina; Cárdenas, Jaime; Montiel, Humberto; Sampson, Celsa; Taborda, María Cristina; Granados, Ramón; Pastor, Desirée	Rev. Salud Pública
429	Salud y productividad laboral en Colombia	2000	Ribero, Rocío	Desarrollo y Sociedad
457	Clinical and programmatic mismanagement rather than community outbreak as the cause of chronic, drug-resistant tuberculosis in Buenaventura, Colombia, 1998	2000	Laserson, K.F.; Osorio, L.; Sheppard, D.; Hernández, H.; Benítez, A.M.; Brim, S.; Woodley, C.L.; Hazbón, M.H.; Villegas, M.V.; Castaño, M.C.; Henríquez, N.; Rodríguez, E.; Metchock, B.; Binkin, N.J.	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease
3	El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100	1999	Jaramillo, Iván	Libro
39	El talento humano frente a los procesos de transformación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	1999	Aponte Vergara, Martha Patricia	SD
40	Evaluación del servicio de radioterapia del Instituto Nacional de Cancerología de acuerdo con el nuevo sistema obligatorio de garantía de calidad del SGSSS	1999	Díaz, Adriana	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
41	Bases técnicas necesarias para la reforma del Fondo de Previsión Social del Congreso coherente con la nueva visión dentro de la Ley 100 de 1993	1999	Abuchaibe, Nadymé	SD
47	Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados al nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito	1999	Eslava, Julia Isabel; Hernández, Amparo; Ruiz, Fernando; Sandoval, Edna; Sánchez, Martha; Acosta, Naydú; Matallana, María Alexandra	Literatura gris
80	Implementación del área de cuentas médicas para una empresa de servicio de salud régimen contributivo	1999	Garay, Daya; Guarnizo, Claudia	SD
81	Manual de calidad para la regional de salud central de Ecopetrol: propuesta de contenido e implantación	1999	Salazar, Olga Lucía; Hernández, Giovanna; CrossLey, William	SD
96	Conocimiento del sistema general de seguridad social en salud: población asociaciones de usuarios y veedores ciudadanos en Santafé de Bogotá	1999	Baquero, Hernando; Samper, Belén; Carrasquilla, Gabriel; Guerrero, Ana María; Malaver, Carmen Rosa; Rincón, Luis Eduardo; Tono, Teresa; Vélez, Luis Fernando	SD
105	La descentralización de la salud: el caso de tres municipios colombianos	1999	Yepes, Francisco; Sánchez, Luz; Cantor, Beatriz	Documentos técnicos 14: Investigaciones en Salud Pública
106	Determinantes urbanos para el ejercicio del control social en salud en el D.C	1999	García, Mery; Osorio, Patricia; Patiño, Freddy; Acosta, Sergio; Neira, Pedro Pablo; Vargas, Eduardo; Piñeros, Sandra	Investig. segur. soc. salud
113	Sistema de control interno en entidades de salud	1999	Beltrán, Luis Carlos	Rev. Salud Pública
117	La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia	1999	Plata, Beatriz; Giedión, Úrsula; Morales, Luis; Blomm, Erik	SD
121	La salud en el plan nacional de desarrollo: sin cambios para construir la paz	1999	Álvarez, Luz Stella	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
142	El modelo de análisis estratégico para la promoción de la salud y el control local del tabaquismo	1999	Cabrera, Gustavo Alonso; Candeias, Nelly	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
143	Participación de las entidades promotoras de salud (EPS) en el mercado del aseguramiento de salud, Colombia, 1995-1998	1999	Cardona, Álvaro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
144	150 años de la primera Ley de salud pública en el mundo	1999	Cardona, Álvaro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
145	Impacto de la reforma colombiana de la seguridad social sobre la dinámica y características del aseguramiento en salud	1999	Cardona, Álvaro; Nieto, Emmanuel; Arbeláez, María Patricia; Agudelo, Héctor Byron; Chávez, Blanca Miriam; Montoya, Adán; Estrada, Alejandro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
148	La profesión médica en Colombia	1999	Castrillón A., María Consuelo; Ariza, Gladys Rocío; Yepes, Alvaro León	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
185	El derecho a la salud: la necesidad de repensar los derechos sociales	1999	Yepes, Antonio	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
189	Seguridad social en salud: reforma a la reforma	1999	Eslava, Juan Carlos	Rev. Salud Pública
196	Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática	1999	Herrera, Vicente	Rev. Salud Pública
221	Dimensionamiento de la población "participantes vinculados" sin capacidad de pago en Santafé de Bogotá en 1997	1999	Bautista, Leonardo; Sabogal, Oswaldo; Rueda, Alfredo; Ramos, Juan; Arias, Rosa Judith	Investig. segur. soc. salud
225	Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998	1999	Morales, Luis Gonzalo; Cavarriaga, Ilse; Barrero, Javier	Vía Salud
249	Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del sistema de selección de beneficiarios (SISBEN)	1999	González, Jorge Iván; Rodríguez, Luis Ángel; Sarmiento, Alfredo	Coyunt. Soc.
252	Una Interpretación económica del sistema de focalización de programas sociales: el caso del SISBEN en Colombia	1999	Vélez, Carlos Eduardo; Deutsch, Ruthanne; Castaño, Elkin	Coyunt. Soc.
271	Are market - oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia	1999	Bertranou, Fabio	Health Policy
291	Anotaciones críticas sobre la reestructuración del sector salud en Colombia	1999	Restrepo, Jairo Humberto	Cartilla de Seguridad Social
302	Formas de afiliación al sistema de seguridad social en salud	1999	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	Vía Salud
310	Reforma en atención de la salud; financiamiento en salud, equidad en salud, seguridad social	1999	Sánchez, Fabio; Núñez, Jairo	Vía Salud
348	Impacto de la reforma a la seguridad social sobre oferta y demanda de servicios de salud, Manizales, 1995-2001	1999	Vélez, Alba Lucía; Pérez, Nicolás; Cruz, Gabriel	Libro
396	Sistema de salud y plan de desarrollo: cobertura y equidad	1999	Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
401	Desarrollo y salud	1999	Agudelo, Carlos	Rev. Salud Pública
410	Incertidumbre en el cálculo de la UPC (régimen subsidiado)	1999	Ministerio de la Protección Social	SD
2	Ley 100: cuatro años de implementación	1998	Jaramillo, Iván; Olano, Guillermo; Yepes, Francisco	Libro
11	El Estado y la situación hospitalaria	1998	Esguerra, Roberto	Vía Salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
107	Cómo reorientar el sector salud: retos y desafíos para los próximos 4 años	1998	Giedi3n, 3rsula; Acosta, Olga	Debates Coyuntura Social
134	Programa nacional de investigaci3n en salud p3blica y sistemas de salud. Avances en capacitaci3n	1998	G3mez, Silvio; V3lez, Alba Luc3a	Colombia M3dica
147	La salud p3blica en per3odo de crisis	1998	Cardona, Jorge	Rev. Fac. Nac. Salud P3blica
183	Condiciones psicosociales y econ3micas laborales de los m3dicos generales en Medell3n, marzo de 1998	1998	Villegas M., Elsa Mar3a; Escobar, Martha Luc3a; Cano, Paulo Andr3s; Escobar, Wilmar de Jes3s; Gonz3lez, Edwin Rolando	Rev. Fac. Nac. Salud P3blica
229	Sobredosis de m3dicos	1998	Rosselli, Diego Andr3s	V3a Salud
246	Salud para los pobres en Colombia: de la planeaci3n centralizada a la competencia estructurada	1998	Gonz3lez, Jorge Iv3n; P3rez, Francisco	Coyunt. Soc.
247	Utilizaci3n de servicios del Plan Obligatorio de Salud subsidiado en una muestra de Administradoras del R3gimen Subsidiado en Santaf3 de Bogot3	1998	Mora, Humberto; Malabet, Mar3a P3a	Coyunt. Soc.
253	Regionalismo y d3ficit fiscal en Colombia: 1930-1995	1998	Yanovich W., Denisse	Coyunt. Soc.
258	Marco te3rico para la gesti3n descentralizada de las pol3ticas de salud: a prop3sito de la propuesta de reestructuraci3n del Instituto Metropolitano de Salud de Medell3n Metrosalud	1998	Cardona, 3lvaro	Rev. Fac. Nac. Salud P3blica 16(1)
273	Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia	1998	Bossert, Thomas J.; Hsiao, W.; Barrera, M	Health Policy Plann
301	El crecimiento de los costos en salud: un fen3meno mundial	1998	Casta3o, Ram3n Abel	V3a Salud
346	Reflexiones sobre medicina y democracia: Ley 100 y Derechos Humanos	1998	Ortiz, Germ3n	Nova et Vetera
6	La implantaci3n de la Ley 100: un reto, logros dificultades, informe de avance	1997	S3nchez, Luz Helena; Yepes, Francisco	Libro
17	El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia	1997	Morales, Luis Gonzalo	Financiamiento y Desarrollo - Cepal
76	Conocimientos y relaciones entre las organizaciones comunitarias en salud: mecanismos y formas de participaci3n promovida por la Secretaria de Salud del Distrito	1997	Romero, Mar3a Eugenia	Literatura gris

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
95	Población participante vinculada sin capacidad de pago en Santafé de Bogotá, 1997	1997	Bautista, Leonardo	SD
126	Costos de un programa de atención primaria de salud basado en voluntarias	1997	Barona, Bernardo; Becerra, Víctor Hugo; Robertson, Robert; Shepard, Donald	Colombia Médica
152	Algunos aspectos socioeconómicos, de salud y de riesgo laboral de los mineros del carbón de los municipios de Amagá y Angelópolis	1997	Estrada, Jairo; Rendón, Iván Darío; Valero, Samuel César	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
165	Costo de las prestaciones causadas por accidentes laborales en trabajadores de la industria de la construcción afiliados a la ARP-ISS, seccionales de Caldas, Risaralda y Santander	1997	Londoño, Juan Luis; Rocha Restrepo, Hernando; Poveda, Jaime; Mahecha, Carlos Guillermo; Rocha, Luis; Cortés, Juan Mauricio	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
241	Problemas del esquema actual de asignación de recursos en educación y salud	1997	Duarte, Jesús	Coyunt. Soc.
251	Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia	1997	Vargas G., Jorge Enrique; Sarmiento, Alfredo	Coyunt. Soc.
277	Salud y seguridad social en Colombia: hacia una reforma de la Ley 100/93	1997	Giraldo, A.	Cartilla de Seguridad Social
279	Bogotá se enredó con la creación de las empresas sociales del Estado	1997	Amador, Fernando	Rev. Especialización Gerencia Salud
300	Calidad en salud: el camino a seguir	1997	Gómez de León, Patricia	Vía Salud
341	Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia	1997	Hernández, Mario	Cartilla de Seguridad Social
343	Transformaciones recientes del sector salud en Colombia y en el Distrito	1997	Paredes, Nelcy	Rev. Gestar salud
29	Aún no es hora de reformar la Ley 100	1996	Esguerra, Roberto	Colombia Médica
30	El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100	1996	Tafur, Luis Alberto	Colombia Médica
31	La Ley 100 en la visión de un salubrista: una aproximación en el concepto de la salud como empresa social	1996	Cruz G., Luis Fernando	Colombia Médica
32	Ley 100: ¿Quo vadis?	1996	Echeverri, Óscar	Colombia Médica
116	Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social	1996	Gutiérrez, Catalina; Molina, Carlos; Wüllner, Andrea; Giedión, Úrsula	SD

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
146	Las paradojas de la Ley 100 de 1993	1996	Cardona, Hugo	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
160	Desafíos para la enseñanza de la administración en salud	1996	Franco, Álvaro	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
177	La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública	1996	Restrepo, Helena E.	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
239	Estudio de hábitos y comportamientos en salud de la población de Santafé de Bogotá	1996	Yepes Francisco; Rodríguez Nelcy; Pérez, Adriana	Informe final
259	Reforma de la seguridad social en salud: ¿problemas de coyuntura o de diseño?	1996	Cardona, Álvaro	Cartilla de Seguridad Social
408	La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud	1996	Wüllner, Andrea; Giedión, Úrsula; Paredes, Nelcy	Documento de trabajo
58	Reforma de Salud en Colombia y plan maestro de implementación	1994	Universidad de Harvard, Ministerio de Salud	Literatura gris
111	Ley 100 de 1993. El sistema general de seguridad social en salud: el ejercicio profesional, los medicamentos y la tecnología	1994	Ascofame	SD
157	Propuesta para reformar la Ley 100 de 1993	1993	Flórez, John	Rev. Fac. Nac. Salud Pública
274	Vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud		Carrasquilla, Gabriel	Medicina
276	El sistema General de Seguridad Social en Salud		Eslava, Juan Carlos	Rev. Fac. Med.
278	10 años del Sistema de Seguridad Social en Salud		Giraldo, Juan Carlos	Rev. hosp.
280	Del negocio de la enfermedad al negocio de la salud		Jaramillo, Iván	Rev. Especialización Gerencia Salud
281	Consideraciones sobre el sistema de seguridad social colombiano		Jaramillo, Iván	Cartilla de Seguridad Social
283	La dinámica de las políticas públicas a través de los servicios y prácticas en salud		López, M.V.; Cardona, M.	Invest. educ. enferm.
286	La seguridad social en salud, ¿quién se está beneficiando?		Montes, V.H.	Rev. Fed. Odon- tol. Colomb.
297	La perspectiva del sector salud y la práctica médica		Uribe, Juan Pablo	Urol. Colomb
299	Gestión clínica: una herramienta para mejorar la calidad de la atención en salud		Portocarrero, Julio	Vía Salud

(Continúa)

Publicaciones en la base de datos del estudio (Continuación)

No. RSSCOL	Nombre del documento	Año	Autor	Publicación
314	El sistema de garantía de calidad en Colombia dos años después del Decreto 2309		SD	Vía Salud
402	Acerca de las políticas públicas de salud en el nuevo siglo		Franco, Álvaro	Rev. Salud Pública
421	La tutela y el derecho a la salud 1999-2003		Mejía, Darío; Gualtero, Martha Lucía; Betancourt, Jairo Alberto; Rey, Juan Carlos; Pardo, Hilario; Orjuela, Alexandra; Guzmán, Mauricio	Defensoría del Pueblo, Progama de salud
453	Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento del Consejo de Seguridad Social en Salud en Colombia		Restrepo, Jairo Humberto; Rodríguez, Sandra	Literatura gris

This page intentionally left blank

Matriz de análisis de la literatura seleccionada

Estudios cuantitativos

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
SN*	Acosta, Ramírez, Naydú y Rodríguez, García, Jesús. (2006) Inequidad en las coberturas de vacunación infantil en Colombia, años 2002 y 2003. Rev. Sal. Pública, sup. 8 (1) 102-115.	Estudio ecológico a partir de datos secundarios: proyecciones poblacionales del Dane y coberturas de vacunación del INS con vacunas PAI para < 1 año. Utilizó la cobertura efectiva como el % de menores de 1 año que completó el esquema indicado de vacunación. Estudia las brechas municipales de cobertura en relación con el promedio nacional, el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz.	Nacional, 2000 y 2003. Las coberturas disminuyeron entre 2000 y 2003. Se encontró deterioro al aumentar el número y porcentaje de municipios con brechas. En 2000 544 municipios (49%) presentaron coberturas inferiores a la nacional y en 2003 602 (54%). Sin embargo el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz mejoraron entre 2000 y 2003.
5	Fedesalud, Evaluación de la calidad e integridad de la atención a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis.	Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. Selecciona los pacientes con Falla Renal Terminal y Diabetes Mellitus tipo II, mayores de 40 y menores de 65 años admitidos entre el 1 de julio de 2003 y el 30 de junio de 2005 en 24 clínicas ubicadas en 10 ciudades capitales, cuatro con > 1.000.000 hts., cuatro entre 300.000 y 1.000.000 y cuatro con < 300.000 hts., ubicadas en las cuatro grandes zonas del país (Costa Atlántica, noroccidente, suroccidente y nororiental).	10 ciudades capitales en 4 regiones del país. En 75% de los pacientes estudiados la calidad de la atención durante los dos años anteriores al Dx de ERC fue deficiente o ausente. Años entre Dx de DM y ERC < 13 años cuando lo esperado sería entre 20 y 30. Calidad deficiente en ambos regímenes, pero en el RS está ausente por restricciones del POS que no incluye tratamiento integral de DM. El Dx de ERC es tardío, y el tiempo para entrar a diálisis muy corto; la atención al diabético que entra a diálisis es diferente a la del que no entra, los programas de manejo son débiles y sin elementos mínimos para garantizar resultados. No se remite regularmente a los pacientes diabéticos al nefrólogo.

(Continúa)

* SN: sin número.

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
16	Castaño, R.A.; Arbeláez, J.J.; Giediñ, Ú.; Morales, L.G. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Cepal. Unidad de Estudios Especiales. Santiago de Chile, mayo 2001.	Análisis descriptivo comparando periodo pre reforma (ECV 1993) con periodo post reforma (ECV1997) A partir de datos de encuestas se busca evaluar el gasto fiscal y de los hogares en salud para determinar equidad regional, equidad en aseguramiento, acceso a servicios de salud, comportamiento de gasto de bolsillo y de gasto de hogares en compra de pólizas de segura de salud. Evalúa equidad regional (igualación gasto público per cápita pobre entre entes territoriales).	Mejora en equidad: distribución de subsidios, cobertura de aseguramiento (cob. familiar y de reg. subsidiado). Probabilidad de acceder a serv. de salud no aumentó entre quienes reportaron problemas de salud. Disminuyó gasto de bolsillo en medicamentos.
35	Realpe, Cecilia; Escobar, Gloria; Largo, Blanca; Duque, Beatriz. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. Colombia Médica, 33(2) 2002.	Encuesta domiciliaria en 1.367 hogares de RC y RS de Manizales sobre los servicios de P y P de 9 de 14 EPS y 2 ARS. Muestra con 5% de error y 95 de IC. Dos encuestas: una institucional y otra comunitaria. La institucional indagó sobre existencia de programas de P y P, capacitación al personal y contratos de prestación de servicios. La comunitaria sobre conocimiento de programas, uso de los mismos y calidad.	Manizales, junio de 2001 a abril de 2002. Todas las EPS y ARS del estudio tenían programas de P y P. El de salud oral el más utilizado y el de ITS el menos. No todas las EPS tenían todos los programas activos. En términos generales se encuentra un bajo nivel de uso y esto coincide con un estudio similar en Cali.
36	Varela, Alejandro; Carrasquilla, Gabriel; Tono, Teresa; Samper, Belén. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. Colombia Médica 33:2, 2002, pp. 95-101.	Encuesta a muestra representativa de cada estrato socioeconómico de hogares de Bogotá. Nov. 1 a Dic. 8 1997. Se evaluaron conocimientos del SGSSS a través de 10 preguntas sobre participación, libre elección, obligatoriedad en la afiliación, cobertura familiar, paquete básico, subsidios a familias sin ingresos y descuento. Se construyó variable dicotómica salarial para el aseguramiento.	Bogotá. Encuentra que a mayor estrato socioeconómico, mayor nivel educativo, menos personas por casa, mejor percepción del estado de salud, mayor porcentaje de consultas en quienes se sintieron enfermos. Se encontró mejor conocimiento sobre el SGSSS en el estrato bajo que en el alto.
77	Velandia Salazar, Freddy, Ardón, Nelson, Cardona, José Fernando, Jara, María Inés. Comparación de la forma como las encuestas de calidad de vida en Colombia indagaron sobre la calidad de los servicios de salud. Gerencia y Políticas de Salud N° 8, julio 2005.	Estudio de la comparabilidad de las preguntas sobre calidad y oportunidad de la atención en las ECV 1997 y 2003.	Este estudio delimita la posibilidad de realizar comparaciones de los resultados sobre calidad y oportunidad de la atención en las ECV de 1997 y 2003 debido a diferencias importantes en las preguntas utilizadas. Sólo se podría comparar la calidad de la atención médica ambulatoria agregada, de la at. médica ambulatoria por profesionales e instituciones y de la at. por promotoras y enfermeras en los últimos 30 días. Las razones de no uso de la at. médica de quienes no necesitaron at. hospitalaria en el mismo periodo.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
85	Segura C., Ángela M.; Rey, Juan J.; Arbeláez, María P. Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Antioquia, 1985-1999 Rev Facultad Nacional de Salud Pública 23 (2): jul-dic. 2006.	Estudio descriptivo de series de tiempo para estudiar tendencias de mortalidad e incidencia de egresos hospitalarios por TB en Antioquia. Datos secundarios.	Antioquia. Los indicadores de mortalidad y egresos muestran cambios a partir de 1992 (descentralización) la tasa de mortalidad que venía en descenso se estabilizó a partir de 1992 y los egresos presentan aumento en las proporciones en 1994 y 1996. Cambios coinciden con descentralización y reforma de Ley 100. Intereses económicos, fragmentación, desarticulación, manejo inadecuado de medicamentos.
87	O'Meara, Gloria; Ruiz, Fernando; Amaya, Jeannette. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Bogotá. CEJA, Bogotá. 2003.	Estudio prospectivo de cohorte del uso y gasto en servicios de salud de la población (afiliada al régimen subsidiado, al contributivo y la no afiliada). Se realiza sobre una muestra representativa de la población no institucional de los municipios seleccionados. Esta población se observa durante un año.	Cuatro municipios (Bogotá, Manizales, Campoalegre y Palermo). Muestra diferencias importantes en acceso a servicios de salud entre población asegurada y no asegurada. Encuentra que los niveles de copago son insuficientes y que los aseguradores racionan servicios para defenderse del gasto médico lo que aumenta el gasto de bolsillo. En condiciones similares de ingreso la población subsidiada utiliza más servicios de salud que la no asegurada.
90	Jaramillo, Iván (2002) ¿Por qué no fluyen los recursos en el Régimen Subsidiado? Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. En "Ha mejorado el acceso a la salud, Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado" Colección "La Seguridad Social en la Encrucijada" Universidad Nacional CID – Minsalud. Bogotá.	Análisis financiero del régimen subsidiado a partir de información secundaria del Ministerio de la Protección Social. Estudia las fuentes de financiamiento del régimen subsidiado y su comportamiento y las coberturas alcanzadas.	Nacional. Identifica un comportamiento diferente entre municipios certificados y no certificados, inequidad en distribución regional del régimen subsidiado, entre otros. Identifica las moras en el flujo de recursos (FOSYGA) como fuente más morosa.
99	Fresneda, Óscar. La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. Gerencia y Políticas de Salud. N° 5, Dic. 2003.	No está explícita la metodología pero aparentemente utiliza datos secundarios provenientes de datos administrativos y de diferentes encuestas.	Nacional. Estudia la aplicación del antiguo SISBEN y su sensibilidad (exclusión de pobres) y especificidad (inclusión de no pobres). Este SISBEN muestra baja sensibilidad (deja por fuera el 65,2% de los pobres en áreas urbanas y el 32% en las rurales) mientras muestra una alta especificidad (incluye al 6,2 de los no pobres en áreas urbanas y el 21,3 en las rurales). Plantea la necesidad de introducir elementos adicionales que permitan aumentar la sensibilidad a fin de incluir a todos los pobres.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
104	C. E. Flórez. La equidad en el sector salud: una mirada de diez años. F. Corona, F. Ford 2002.	Estudio cuantitativo a partir de datos secundarios de las ENDs de 1990, 1995 y 2000. Establece estatus socioeconómico mediante análisis de componentes principales a partir de activos físicos. Se seleccionaron indicadores asociados a los componentes de capacidad y necesidad de uso, utilización de los servicios y estado de salud. Para cada año se construyó el promedio (tasa), el índice y la curva de concentración de cada indicador, estratificados por sexo y edad.	Nacional. Aunque ha mejorado la equidad en aseguramiento persisten inequidades urbano rurales. Hay más inequidad dentro de la zona urbana que dentro de la zona rural. Los indicadores de salud muestran un avance modesto en la década pero un aumento en las inequidades, mayor en las zonas urbanas.
108	Morales, Luis Gonzalo; Chavarriaga, Ilse; Esquerri, Roberto; Gallardo, Henry Mauricio. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia, 1966-1998. Fundación Corona. 2001.	Estudio descriptivo basado en encuesta a muestra aleatoria de 330 médicos ubicados en 131 municipios, 32 EPS y 150 IPS. 95% de IC y 5% de error.	131 municipios, muestra aleatoria de 330 médicos. Hay una redistribución de ingresos. Quienes más ganaban antes disminuyeron y quienes menos lo hacían aumentaron sus ingresos. Comparados con otros profesionales (abogados, ingenieros, contadores, economistas) los ingresos de los médicos son superiores.
109	Castaño, Ramón Abel. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema general de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Fundación Corona, mayo 13, 2004.	Análisis descriptivo de algunos aspectos del financiamiento del sistema con énfasis en la cuenta de compensación, el equilibrio entre POS y UPC mediante la utilización de datos administrativos y algunos estudios de otros investigadores.	Nacional. No hay información completa y confiable sobre frecuencias de uso y costos que permitan establecer el monto apropiado de la UPC. Este se ha determinado con base en el salario mínimo y para mantener el equilibrio de la cuenta de compensación. Los cambios en la densidad familiar (DF) y en la densidad salarial (DS) son centrales. Competencia entre aseguradores con base en apariencias pero no en calidad debido a falta de información para los usuarios. La falta de integralidad del POSS es disfuncional para el paciente y para la aseguradora.
137	Rendón, Luis Fernando; Torres, Miyerlandi; Llaños, Guillermo. Caracterización de la población afiliada al Régimen Subsidiado en Cali, julio de 2000. Colombia Médica 32 (1) 2001.	Encuesta a 413 familias afiliadas al RS seleccionadas por muestreo estratificado al azar por conglomerados de distribución proporcional según ARS y comuna de residencia. Se estudiaron prevalencias de factores de riesgo y morbilidad sentida.	Cali. Población concentrada en Aguablanca con alto índice de dependencia juvenil, e índice de dependencia senil similar al de la ciudad. Población joven (mediana: 20 años) Estrato I 33% con hacinaamiento y estrato II 26%. 94% no cuenta con recursos suficientes para cubrir gastos familiares. Sólo 16% de lactantes y < 5 con esquema completo de vacunación, prevalencia de síntomas respiratorios 74%

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
			y de diarrea 17%, 21% deserción escolar y 22% desocupación de adolescentes. Adultos: tabaquismo, alcoholismo y baja práctica de actividad física. No se encontró asociación entre el tipo de afiliación a las ARS y la prevalencia de factores de riesgo.
187	Céspedes, J. E. y col. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Rev. Salud Pública, 2000.	Estudio que busca responder si mejoró la equidad en acceso y utilización de los servicios de Salud entre 1993 y 1997 para lo cual utiliza los datos de las ECV 1993 y 1997. Compara afiliados y no afiliados. Utiliza cuatro indicadores: cobertura de afiliación, uso de servicios en los últimos 30 días y de hospitalización en el último año y razones de no consulta.	Nacional. Aumentó el aseguramiento (del 23% al 57%) en todos los deciles pero mucho más en el primero (del 3,1% al 43,7%). Entre no afiliados principal causa de no consulta estando enfermo fue la falta de dinero, en los asegurados fue la segunda causa. La persistencia de esta causa en asegurados arroja dudas sobre posible efecto de cuotas moderadoras y copagos. No hay efecto claro sobre equidad en utilización de servicios de salud. Índice de concentración en hospitalización descendió entre 1993 y 1997 lo que muestra un efecto positivo sobre la equidad, pero aumentó sobre la utilización de los servicios.
200	Martínez, Patricia; Rodríguez, Luis A.; Agudelo, Carlos. Equidad en la política de reforma del sistema de salud Rev. Salud Pública 3(1) 2001.	Estudio descriptivo fundamentado en encuesta a 1.324 personas en 364 hogares, 297 usuarios de C. Ext en hospitales nivel 1, 2 y 3 y encuesta a prestadores de servicios de salud.	Bogotá. Los resultados obtenidos una vez se controló por medio de estratificación, para género, edad, estrato, ocupación e ingreso, revelan numerosas situaciones de inequidad que van desde la necesidad de la atención hasta el acceso y la utilización de los servicios. Destacan los cuatro tipos de factores que probablemente inducen más fuertemente situaciones de inequidad en el acceso y la utilización de servicios falta de cobertura universal, la existencia de dos regímenes de afiliación (contributivo y subsidiado) y de servicios de atención o Plan Obligatorio de Salud - POS, que castiga a los más pobres, el alcance de los POS, cuyas limitaciones generan gastos de bolsillo o estimulan la utilización de planes complementarios de tipo privado y copagos y las cuotas moderadoras.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
219	Velandia Salazar, Freddy; Ardón, Nelson; Cárdenas, José Miguel; Jara, María Inés; Pérez, Nicolás. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Gerencia y Políticas de Salud N° 1, Nov. 2001.	Utiliza la ECV 1997 para estudiar la satisfacción (buena / regular / mala), oportunidad (oportuna / demorada) y razones de no uso de servicios formales de salud (leve, centro de salud lejano, sin tiempo, dinero, mal servicio, atención previa sin solución, sin confianza en médicos, muchos trámites, at. negada) en Colombia.	Colombia. 84% consideró oportuna la atención. La percepción de oportunidad entre otras estuvo asociada a la edad, el estado de salud regular o malo. 82,7% calificó la atención como buena, 14,2% como regular y sólo 3,1% como mala.
256	Céspedes Londoño, Juan Eduardo; Jaramillo, Iván; Castaño Yepes, Ramón Abel. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cadernos de Saúde Pública 18(4), 1003-1024, jul.-agos. 2002.	Estudio comparativo antes y después con base en ECV 1997 y 2003 para evaluar impacto sobre equidad en acceso y utilización de servicios de salud, mediante dos indicadores de equidad: curvas e índices de concentración de la distribución del aseguramiento y el acceso a los servicios de salud.	Nacional. Se ha dado una reducción en las inequidades en salud. La cobertura del aseguramiento aumentó de 23% a 57% y el índice de concentración del aseguramiento disminuyó de 0,34 a 0,17. Los IC del acceso a los servicios variaron muy poco. Concluye que hubo una mejora de la equidad en el aseguramiento, pero no es claro que la haya habido en el acceso a los servicios de salud.
268	Restrepo, Jairo Humberto; Zambrano, Andrés; Vélez, Mauricio y Ramírez, Manuel. Health Insurance as a Strategy for Access: Streamline Fact of the Colombian Health Care Reform. Documento de trabajo No. 14 marzo, 2007. Facultad de Economía. Universidad del Rosario.	Análisis de datos secundarios a partir de las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003. Mediante modelos logit estima los determinantes de afiliación y acceso.	Nacional. Encuentra evidencia de complementariedad entre régimen contributivo y subsidiado por sus diferentes perfiles urbano-rurales, de ingreso, educación y ocupación. Cuando un miembro de la familia tiene una condición crónica hay mayor probabilidad de estar afiliado. Los determinantes positivos de afiliación son: más educación, ingreso, edad y el género masculino. El principal determinante para el uso de servicios de salud es la afiliación. La probabilidad de usar servicios es mayor cuando se percibe un mal estado de salud, en las mujeres y en la población de mayores ingresos. Plantea que la inequidad ha disminuido por la mayor afiliación al subsidiado.
275	Castaño, Ramón <i>et al.</i> Equitable Financing, Out-of-pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. Health Policy and Planning: Dec 2002.	b) Análisis datos secundarios. Encuestas de ingresos y gastos de 1984-85, de 1994-95 y calidad de vida de 1997. Gini, Kakwani índices.	Nacional. El índice de Kakwani mostró una tendencia constante a más regresividad cuando se utilizó el ingreso y a más progresividad cuando se utilizó el gasto. La falta de comparabilidad de las encuestas impide una conclusión sobre avances en la equidad en financiamiento de la salud.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
320	Acosta, O. L.; Ramírez, M.; Cañón, C.I. La viabilidad del sistema de salud: qué dicen los estudios. Fundación Corona. U. del Rosario, 2005.	Revisión de estudios sobre el financiamiento del sistema de aseguramiento en salud colombiano.	Nacional. Reúne las conclusiones de los diversos estudios analizados sobre la suficiencia de los recursos asignados, sobre los riesgos que amenazan la sostenibilidad financiera de régimen contributivo y subsidiado y hace una lista de propuestas. No hay consenso sobre la suficiencia de los recursos (depende de qué se quiere obtener con ellos) y hay debate sobre si se debe mantener el sistema actual o pasar a uno de financiamiento a través de impuestos generales. En cuanto a sostenibilidad no hay estudios recientes que permitan responder a esta pregunta. Problemas identificados: 1) Recaudo por EPS que no tienen incentivos para controlar ingresos. 2) Falta de incentivos y controles para recaudos de trabajadores independientes y falta de atención a ingresos de la población diferentes al salario. 3) Efecto de lo anterior en evasión y elusión. 4) Incapacidad de algunos actores para incorporar nuevas reglas (ISS, públicos). 5) Falta de estudio periódico y sistemático de frecuencias de uso y costos (UPC). 6) carencia de un sistema de protección del ingreso.
329	Ruiz, Fernando. Sostenibilidad y reforma al sistema de seguridad social en salud: una lectura desde la microeconomía. Gerencia y Políticas de Salud. N° 9, Dic. 2005.	Ensayo documentado en análisis propios y de otros estudios acerca de la sostenibilidad de la reforma.	Nacional. Hay indicios preocupantes de la insuficiencia de la UPC. En el régimen contributivo al separar el mayor asegurador del resto, el margen de operación del resto se acerca a 0 con siniestralidades del 86% de la UPC. Hay crecimiento en siniestralidad, con probables efectos de riesgo moral y manifiesto descrome: hay fallas de regulación. Los hospitales públicos muestran crecimiento en producción, disminución en capacidad instalada, pero tendencia al desfinanciamiento. El sistema muestra: crecimiento moderado en aseguramiento, en prestación de servicios estancamiento en RC, desequilibrio operacional de aseguradores y desequilibrio financiero de hospitales.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
333	Pérez Volmar, Antonio; Ramírez, Gloria Elsa. (2007) Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Defensoría del Pueblo. Bogotá. diciembre.	Estudio descriptivo mediante encuesta a una muestra aleatoria estratificada de médicos entre junio y diciembre de 2006. Nivel de confianza 95% y margen de error 3%. N: 1544 (1480) distribuidos en 5 regiones.	Muestra aleatoria de los médicos colombianos. Describe las características laborales de los médicos, las cargas de trabajo, formas de contratación, tiempos utilizados por consulta, nivel de ingresos, etc. Identifica las principales restricciones que las IPS y EPS imponen a los Mds para prescribir exámenes de laboratorio, radiografías, remisiones a especialistas, medicamentos.
336	Pinto, Diana; Castellanos, María Isabel. Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. Gerencia y políticas de salud. N° 7, Dic. 2004.	Utiliza datos de recobro por tutelas del 2002 y parte de 2003 disponibles en la Dirección de Gestión de la demanda del MPS. Para medicamentos se estudiaron los valores de los recobros y su distribución por aseguradora. Para las tutelas no se disponía del valor así que se calcularon las frecuencias por aseguradora.	Nacional. Concluye que el monto de las tutelas y recobros constituyen un plan de beneficios paralelo y sin límite con un importante costo de oportunidad y sin que se tenga evidencia de que si correspondan a las mejores opciones para los pacientes. Sugiere acciones como introducción de mecanismos de evaluación de nuevas tecnologías y medicamentos, mejorar mecanismos de auditoría, fomentar uso de guías de manejo, etc.
347	G. Barón. Cuentas de salud	(b) Serie de tiempo 1993-2003. Sistema de Cuentas Nacionales de Salud con el enfoque de cuentas administrativas que busca responder de dónde viene y a dónde va el dinero; qué tipo de bienes se ofrecen y se compran. Precisa los diferentes tipos de gasto en salud. Desafortunadamente sólo toma datos a partir de 1993 y sólo cubre hasta 2003	Documenta aumento en gasto público y disminución en gasto de bolsillo a partir de 1993 (Ley 100). Disminución de la proporción del gasto de salud dedicado a los servicios de salud.
354	Flórez, C.E.; Ribero, Rocío; Samper, Belén. Health, Nutrition, Human Capital and Economic Growth in Colombia. Documento CEDE 2003.	Análisis cuantitativo con base en datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 1995 y 2000. Explora la relación entre estadio nutricional, salud, educación y productividad laboral en mujeres no embarazadas de 25 a 49 años con al menos un nacido vivo durante los cinco años anteriores a la encuesta y sus hijos menores de cinco.	Nacional. Las tendencias seculares muestran que las mujeres son más altas y delgadas y ganan peso con la edad. Desde 1990 la salud y el estado nutricional de las mujeres y los menores de cinco años ha mejorado, en particular en áreas urbanas. Los diferenciales urbano-rurales han aumentado. Las áreas rurales están en situación más deficiente pero menos inequitativa.
356	Chaparro, P.E.; García, I.; Guerrero M.I.; León, C.I. Situación de la tuberculosis en Colombia - 2002. Biomédica 2004 (24) (Supl.) 102-14.	Análisis de datos administrativos de los reportes territoriales al Programa de Control de Tuberculosis (PCT). Se hizo control de calidad y consistencia de datos. Análisis simple de razones, proporciones, medidas de tendencia central, regresiones simples.	Nacional. Incidencia por todas las formas aumentó de 21 en 1997 a 26 por 100.000 hts en 2002. 2/3 de entidades territoriales con incidencias > promedio nacional. Seis Dptos. de muy alto riesgo con tasas > 50 por 100.000. 16 Dptos. y 1 distrito de alto riesgo con tasas

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
			entre 25 y 50. Los Dptos. de muy alto riesgo pasaron de 3 en 2000 a 6 en 2002. Fragmentación de instituciones y empresas, descenso en detección, Dx y Tto de enfermos. En 2001 se detectó sólo el 57,5% de los pacientes esperados (OMS).
357	Moreira, C.A.; Hernández, H.L.; Arias, N.L.; Castaño, M.C.; Ferro B.E.; Jaramillo E. Resistencia inicial a drogas antituberculosas en Buenaventura, Colombia. Biomédica 2004; 24 (Supl.):73-9.	Análisis de los resultados de dos encuestas distantes 2 años y 9 meses para identificar prevalencia de resistencia inicial a tto anti TB. Muestras de esputo procesadas en Cidein.	Buenaventura ag 97 - en 98 y nov. 2000 y nov. 2001. Resistencia inicial a cualquier droga del 25%, multirresistencia primaria de 6%.
360	Vecino Ortiz, Andrés Ignacio. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Health Policy (2008), doi: 10.1016/j.healthpol.2007.12.002.	Análisis de datos secundarios a partir de Encuestas de Demografía y Salud de 2005.	Nacional. Mediante regresiones logísticas estudia las variables que tienen efecto en la realización de la primera consulta prenatal y una vez que ésta se ha realizado en el cumplimiento de las consultas subsiguientes. Afiliación al RS estuvo asociado a mayor probabilidad de primera consulta prenatal que la afiliación al RC. Pero la realización de las consultas subsiguientes están asociadas al RC y no al RS. Educación de la madre, y relación estable asociadas a primera consulta y consultas ulteriores.
361	Castaño, Ramón Abel; Zambrano, Andrés. Biased Selection within the Social Health Insurance Market in Colombia. Health Policy (79) 2006; 313-324.	Utiliza datos de dos encuestas nacionales (Encuestas de Calidad de Vida 1997-2003), estado de salud autorreportado, presencia de condiciones crónicas, y características sociodemográficas. Variables dependientes: tipo de asegurador.	Nacional. Prueba la hipótesis que las aseguradoras existentes antes de la reforma (públicas) están expuestas a selección adversa y las nuevas a selección favorable. Los dos aseguradores públicos disminuyeron su participación en el mercado de 66,9% a 29,3%. Igualmente tienen más probabilidades de tener afiliados de alto riesgo ($p < 0,01$) y esta probabilidad aumentó significativamente ($p < 0,01$) entre 1997 y 2003. Los nuevos aseguradores mantuvieron su proporción de afiliados de alto riesgo entre 1997 y 2003.
362	Yepes, Francisco; Ramírez, Manuel (2006). Las barreras de acceso en la atención de salud de la población	Encuesta de hogares en muestra estadística, representativa de estratos 1, 2 y 3 para < 5 de Bogotá. Además análisis de Encuesta de Calidad de Vida de 1997 y la Encuesta de	Bogotá / menores de cinco años. Identifica severas barreras de acceso para la población no asegurada. Identifica un alto gasto de bolsillo en medicamentos en población

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
	de uno a cuatro años, de Bogotá. ¿Es viable la universalización del seguro? Investig. Segur. soc. salud.	Demografía y Salud de 2000 acerca de la morbilidad y uso de servicios de la población de 1 a 4. Análisis estadístico riguroso.	asegurada. Igualmente baja calidad de la información en las ARS. El efecto de las cuotas moderadoras y copagos sobre el acceso a los servicios de salud, es moderado para los regímenes contributivo y subsidiado. Se observa rechazo para la atención del RS.
363	Velandia S., Freddy; Ardón C., Nelson; Jara, María I.; Cárdenas M., José M. y Pérez A., Nicolás. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997 [1] Rev. Salud Pública. 5 (1):46-58, 2003.	Estudio con datos secundarios de la ECV 1997. Se analizaron la oportunidad de los servicios como percibida por los respondientes, se estudió la asociación de la respuesta de oportunidad con características de las personas (edad, motivo de consulta, estado de salud percibido, servicio utilizado, entrega de medicamentos, ocupación, afiliación a la seguridad social).	Nacional. 83% calificó la atención como buena y esta calificación no estuvo asociada ni con el tipo de profesional, ni el tipo de aseguramiento, Sólo con el uso de seguros complementarios. 84% la calificó como oportuna. La población enferma por causas crónicas que no utilizó los servicios de salud mencionó razones relacionadas con calidad: distancia, falta de recursos, falta de credibilidad del personal.
364	Gómez, Rubén Darío. "La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. Tesis de doctorado en salud pública. Universidad de Alicante. Marzo de 2006.	(a) Serie 17 años (1985-2001) - Base datos mortalidad DANE clasificación de evitabilidad (Taucher - Holland - RD Gómez. tasas estandarizadas, razón comparativa de mortalidad, <i>joint point</i> . Análisis riguroso, revisión pares.	Nacional. Observa cinco patrones en comportamiento de tasas de ME. Causas que estaban disminuyendo y se desaceleran a partir de los noventa (mort. Gral. en mujeres, evitables por saneamiento en hombres y mujeres, diarrea en < 5, TB, IRA. Causas que estaban disminuyendo y se viran al aumento a partir de mediados de los noventa (tos ferina, dengue, muertes obstétricas, malaria). Las que vienen disminuyendo sin variación significativa, las que vienen en aumento sin variación y las que se han recuperado.
365	Mateus, J.; Carvajal, R. Factores predictores de adherencia al tratamiento antituberculoso en el Valle del Cauca- Informe final – COLCIENCIAS Febrero 2006.	Estudio de cohorte (300) de pacientes que inician tratamiento de primera vez durante 26 meses en 5 municipios del Valle (41 centros y puestos de salud). Análisis uni, bi y multivariado mediante regresión logística. Incumplimiento: No recibir el 100% de las 84 dosis durante las 26 semanas.	Alta incidencia de incumplimiento (65,6%). Factores asociados: no convivir con la familia, número de personas por dormitorio, mala relación con la familia, tiempo en llegar a institución, no uso previo de servicios. Bajo nivel predictivo de las variables individuales y útil en conjunto. Mayor incumplimiento en afiliados al RS y no afiliados.
366	Yepes, Francisco José <i>et al.</i> Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform: Achievements and Continuing Challenges en Slim Haddad, Enis	Serie de tiempo retrospectiva con varios puntos de observación con datos secundarios de salud y economía y de encuestas domiciliarias. Utiliza estadísticas del B. de la República, del DNP y del DANE. Adicionalmente estudio	Nacional. Documenta el aumento en pesos constantes del gasto público en salud a partir de la Constitución del 91 y luego de la Ley 100 de 1993. Aumento en cobertura y equidad del aseguramiento y en equidad financiera y de

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
	Baris, and Delampady Narayana (eds) Safeguarding the Health System in Times of Macroeconomic Instability - Policy Lessons for Low and Middle-Income Countries. Africa World Press/IDRC 2007 ISBN 1-59221-597-1.	de profundidad en dos regiones extremas (más desarrollada / menos desarrollada).	acceso. Satisfacción de la población. Resultados negativos: detrimento en programas de salud pública, transición inadecuada para aseguradores y proveedores públicos, mayores costos para chequeos y controles del sistema. Inequidad en POS.
371	De la Pava, Élmer; Salguero, Beatriz; Alzate, Alberto. Modelo matemático del riesgo anual de infección tuberculosa en Cali. Rev Panam Salud Pública 11 (3) 2002.	Estimación del riesgo anual de infección con TB (RAI) en personas no expuestas mediante un método indirecto que utiliza modelos determinísticos con datos del programa de TB de Cali entre 1970 y 1998.	Cali. RAI medio de década 1970-79 = 1,24% con descenso de 1,56 a 0,89%; RAI medio de 1980-89 = 0,93%; de 1990 a primer semestre de 98 RAI medio = 0,85% con el valor más bajo (0,77) en 1994. Valores observados en el resto de la década similares a década anterior, lo que sugiere deterioro del programa de control pues debería continuar descendiendo. La proyección del RAI utilizando un ajuste no lineal por mínimos cuadrados a porcentajes agregados de cada año, predice un valor de RAI de 1,24% para 2003 lo que confirma el deterioro.
372	Zambrano, A.; Ramírez, M.; Yepes, F.; Guerra, J.A.; Rivera, D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, Ene. 2008, vol. 24, No. 1, pp. 122-130. ISSN 0102-311X.	Análisis de datos secundarios a partir de Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003.	Nacional. Entre 1997 y 2003 aumentó la afiliación total, contributiva y subsidiada al régimen de seguridad social en salud. Subsisten diferencias regionales de cobertura (la región Pacífica muestra la menor cobertura), los trabajadores informales y la población rural tienen mayor probabilidad de no estar asegurados. La proporción de población asegurada en el contributivo aumenta con el quintil de ingreso y la de población asegurada en el subsidiado o no asegurada aumenta en la medida en que disminuye el quintil de ingreso. 10% asegurados al RC tiene plan adicional. Aumentó la consulta por prevención: más en RC, menos en RS y nada en no asegurados. Consulta al MD cuando enfermo y acceso a medicamentos mayor en RC, seguido por RS y menor en no asegurados.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
376	Peñaloza, María Cristina. Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS. Archivos de Economía. 284 13 mayo 2005.	Utiliza datos secundarios. Encuestas de Calidad de Vida 1997 y 2003, evalúa el desempeño de calidad de EPS y ARS mediante el sistema de evaluación de la oficina del defensor del paciente de California (EU) utilizando <i>proxis</i> de la ECV 2003. Estudia también el posible efecto de cuotas moderadoras y copagos como barreras de acceso en el RC.	Nacional. La evaluación de la calidad del desempeño documenta resultados deficientes para las ARS y aceptables para las EPS (ninguna excelente ni buena). Las afiliados gastaron más en consulta médica que los no afiliados y los del RC más que los del RS.
382	Meza, Carlos Arturo; Isaza, Jairo Guillermo. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. Archivos de Economía 288, julio 2005.	Estudio a partir de datos secundarios (administrativos) de afiliación al SGSSS, de empleo y del PIB. Determina asociación de afiliación al RC con empleo asalariado, evolución del empleo y del PIB. Establece escenarios de crecimiento del PIB, del empleo y de la afiliación hasta 2050.	Nacional. Documenta la mayor afiliación de empleados asalariados al RC (90%) en tanto que sólo el 10% de los afiliados son trabajadores independientes. (2003) Alta relación entre empleo asalariado y afiliación al RC, que conduce a dependencia de la afiliación del mercado de trabajo y del ciclo económico. Construcción de escenarios de afiliación hasta 2050 que llevan a concluir que "el crecimiento del empleo incluso bajo condiciones de alto crecimiento económico no es suficiente para ampliar la cobertura en el mediano plazo". Concluye la necesidad de replantear el esquema de financiamiento del sistema y una revisión de la estructura de costos del RS.
386	Saboyá, Marta Idali. Mortalidad materna en Colombia. Una aproximación ecológica. (Tesis de maestría en SP U. Nal.) 2005.	Serie 1987-2001. Base de datos mortalidad DANE. Análisis ecológico. Utiliza razones de mortalidad no ajustadas. Estudia la asociación entre niveles de exposición promedio, variables como NBI, proporción de población rural, IDH, ICV, línea de pobreza, y la razón de mortalidad materna entre varios grupos, regiones geográficas.	Nacional. MM en 2001: 115,97 x 100.000 n.v. Subregistro (zonas de difícil acceso) Deterioro en calidad de servicios (muertes evitables). Importancia (2° lugar) de muertes en puerperio (¿descarga temprana por control de costos?). Importancia de las hemorragias como causa (calidad). Aumento de la MM a partir de 1996 en zona urbana y disminución en rurales.
400	Ruiz, Miriam; López, Sergio; Ávila, Leticia; Acosta, Naydú. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. Rev. Salud Pública Dic. 2006, vol. 8, No. 3, pp. 197-206.	Estudio basado en una submuestra (n = 180) de la muestra utilizada en el "Diagnóstico de salud de las poblaciones desplazadas en Bucaramanga y su área metropolitana" Dicho estudio utilizó una muestra aleatoria, estratificada de las familias en situación de desplazamiento en el Área Metropolitana de Bucaramanga.	Población desplazada ubicada en cuatro municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga. La utilización observada es menor que la de la población general. El pertenecer al RC, ser de la misma región y haber utilizado antes los servicios están asociados a un mayor uso de servicios.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
407	Flórez, Carmen Elisa; Soto, Victoria Eugenia; Acosta, Olga Lucia; Karl, Claudio; Misas, Juan Diego; Forero, No-hora; Lopera, Carolina. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Fundación Corona, 2007.	Estudio cuantitativo, descriptivo a partir de EDS 1990, 1995, 2000 y 2005. Mide inequidades en salud mediante relación de extremos e índices y curvas de concentración para inequidades económicas y niveles de incidencia del indicador de salud. Como indicador socioeconómico utiliza el Índice de riqueza desarrollado por Macro Int. (condiciones de vivienda y activos del hogar), zona de residencia, región y género.	Nacional. Se ha dado una reducción en las inequidades en salud. La cobertura de beneficios es igual para < 1 y embarazadas en ambos planes. Cobertura de aseguramiento: avances mayores en grupos menos favorecidos y disminución de inequidades (diferencias entre coberturas mayor y menor entre 1995 y 2005: U/R de 4,5 veces a 1,2; región de 2,4 a 1,35; quintil ingreso de 21,22 a 1,51) Persisten inequidades en aseguramiento por ingreso: 43% de más pobres no afiliados y sólo 14% de los más ricos. Régimen subsidiado: las mejoras en equidad son atribuibles a la cobertura diferencial del RS y al mayor aumento de su cobertura poblacional (comentario de FY: sin embargo se debe tener en cuenta la menor cobertura de beneficios). Uso de servicios: dada percepción de enfermedad uso de servicios profesionales no cambia entre 1995 y 2005 pero persisten inequidades U/R, regionales y socioeconómicas. Inequidades en atención prenatal y del parto: persisten aunque disminuyen, U/R de 1,48 en 1990 a 1,19; región de 1,47 a 1,14 y q5/q1 de 2,18 a 1,39 en 2005 Calidad: de 10% de la población que no usó por mala calidad en 2000 se pasó a 22% en 2005.
411	Sánchez, Fabio (2006). Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud, agua y alcantarillado. Documento CEDE 2006-15.	Análisis estadístico de datos secundarios que enfoca la evolución de la cobertura del aseguramiento, de su financiación y de las variables asociadas a la cobertura del régimen subsidiado.	Nacional. El trabajo encuentra que – en adición al monto de los recursos– el esfuerzo propio como proporción del gasto total es la variable que tiene el mayor efecto en el aumento de las coberturas educativas y de salud. Los coeficientes de las variables socioeconómicas muestran cómo los municipios con un mayor nivel de pobreza (medida por el índice de NBI), presentaron un crecimiento mayor de la cobertura de los afiliados.
416	Fresneda, Óscar; Martínez, Félix. "Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004) en Restrepo, Darío I. (ed)	Estudio a partir de certificados de defunción y de nacimiento entre 1998 y 2002 (definitivos) y 2003 y 2004 (preliminares). Se obtuvieron tasas de mortalidad evitable para mortalidad materna, menores de 1 año y menores de cinco. Consideró	Bogotá. Relación negativa entre mortalidad materna y educación de las mujeres; igualmente con atención médica (No. de consultas prenatales). Relación negativa entre educación de la madre y la mortalidad evitable de < 1.

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
	Equidad y Salud. Debates para la acción CID Universidad Nacional de Colombia, 1ra. ed. diciembre 2007.	muerteres evitables las incluidas en la agrupación 6-67 de la CIE 10, y las inmunoprevenibles.	
421	Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 1999- 2003.	Análisis descriptivo. Estudio con base en muestra estadística (2.710) de las 145.360 tutelas presentadas por salud entre 1999 y 2003. No precisa nivel de confianza ni margen de error.	Nacional. Hay un incremento en las tutelas por salud en 2001 y 2002. 70% correspondían a servicios cubiertos en el POS, 95,2% no cubiertas por períodos de carencia. La negación de exámenes fue la principal causa (79,6% incluidos en el POS). "La gravedad y cronicidad del estado de cosas descrito indica que, en algunos aspectos, el sistema opera libre de vigilancia y control. Consecuente con los resultados del presente estudio, cabría la declaratoria del estado de cosas inconstitucional en materia de salud".
422	Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2003-2005	Estudio por la Defensoría del Pueblo con base en muestra estadística, representativa de la base de datos de Corte Const. para 2003-2005. Nivel confianza, 95%, margen de error 3%.	Nacional. Entre 1999 y 2005 las tutelas crecieron en 280%. 56,4% se refieren a servicios POS. 89% de cirugías son POS pero se niegan por prótesis, válvulas, etc. no cubiertas en POS. 92,7% de tratamientos tutelados son POS. 84,1% de procedimientos son POS.
424	Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que prestan las empresas promotoras de salud-2005.	Estudio cuantitativo apartir de una encuesta realizada a una muestra aleatoria estratificada de usuarios de EPS y ARS en 16 ciudades. Se construyó un índice de satisfacción con componentes de acceso, libre escogencia, oportunidad, percepción. Las variables al interior de cada componente se ponderaron mediante la técnica de componentes principales.	16 ciudades. El índice global de satisfacción fue de 67,69 sobre 100. Los cinco componentes obtuvieron los siguientes valores: acceso a servicios, 66,39; libre escogencia 35,46; oportunidad, 83,74; percepción, 83,91. En acceso son críticos: invitación a P y P, información sobre red de prestadores y sobre servicios, y entrega de medicamentos.
427	Tovar, Luis Miguel; García, Gustavo Adolfo. La producción de salud infantil en Colombia: una aproximación. Desarrollo y Sociedad. No. 59 Primer semestre. pp. 21-61, 2007.	Análisis econométrico a partir de datos secundarios del Estudio de Demografía y Salud de 2005 con la finalidad de identificar los determinantes de la función de producción de la salud infantil en Colombia teniendo en cuenta los principales factores que explican la demanda de insumos. Como medida de salud infantil se tomó la talla por edad. Como insumos se seleccionaron variables de infraestructura de la vivienda, número	Nacional. Se encontró que al no estar afiliado al SGSSS o estar afiliado al régimen subsidiado, reduce la probabilidad de que las madres usen los servicios de salud materna adecuados en comparación con las madres afiliadas al régimen contributivo. Sin embargo, el efecto negativo es mayor cuando no se tiene ningún tipo de afiliación. Este resultado revela la existencia de inequidades entre los regimenes de salud y concuerda con los hallazgos

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
		de controles médicos prenatales y mes del primer control, número de hijos menores de cinco años, índice de masa corporal de la madre y sexo del niño. Como predictores de los insumos se seleccionaron dos grupos de variables (características individuales y del hogar y características regionales exógenas).	de otros trabajos nacionales, que señalan que los regímenes del sistema de salud pública funcionan en condiciones de calidad diferentes, siendo los más afectados la población más pobre.
435	Chicaiza, Liliana; Rodríguez, Fredy; García, Mario. La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. Revista de Economía Institucional. 8:15 segundo semestre, pp. 269-289.	Compara el costo de las cuotas moderadoras y de los copagos para diferentes procedimientos y lo relaciona con el ingreso familiar.	El análisis encuentra problemas de equidad en el sistema de cuotas moderadoras y copagos. Encuentra la existencia de incentivos para la inequidad horizontal y evidencia de inequidad vertical entre las categorías de ingreso.
444	Fedesalud, Universidad de Santo Tomás. Protección Social: entre el aseguramiento y la asistencia. Editorial y Publicaciones. Bogotá 2008.	Estudio a partir de datos secundarios con base en encuestas de hogares y de calidad de vida entre 1997 y 2005. Selecciona variables que pueden estar relacionadas con la proporción pagada y no pagada de la seguridad social por los empleadores y estudia sus relaciones con actividad económica, tamaño de la empresa, afiliación a la seguridad social, relaciones laborales.	Nacional. El estudio cuantifica el ahorro de cada rama de la actividad económica, en pagos a la seguridad social en salud y pensiones en 2004. En total en salud estima que se dejaron de pagar dos billones de pesos, con notables diferencias entre las distintas ramas de la actividad económica. Se identificaron la agricultura y la construcción como sectores críticos.
447	Camacho, Adriana; Conover, Emily. Effects of Subsidized Health Insurance on Newborn Health in Colombia. Documentos CEDE. Universidad de los Andes. Agosto 2008.	Análisis cuantitativo (regresión de discontinuidad) a partir de los datos pareados del certificado de nacimiento y del SISBEN que usan la identificación de la madre. Se usaron todos los que aparecieron en ambos registros en áreas urbanas y que tuvieron el SISBEN antes del parto. Se compararon recién nacidos de madres inmediatamente debajo del límite de selectividad para el RS y de madres inmediatamente por encima.	Nacional. Encuentra una relación significativa entre la afiliación al RS y peso al nacer, un menor efecto en reducir la incidencia del bajo peso al nacer, pero no encuentra mejora significativa en el acceso a la consulta prenatal ni al parto institucional.
448	De Charry, Lilia Constanza; Roca, Sandra; Carrasquilla, Gabriel. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? Colombia Médica Vol. 39, No. 1, 2008 (enero-marzo).	Estudio cuantitativo, multivariado a partir de encuestas a mujeres con Dx de Ca de mama (806) y tratadas en IPS públicas y privadas en seis ciudades. Se estudia la existencia diferencial de barreras de acceso a la utilización de la biopsia como técnica diagnóstica por régimen de aseguramiento controlando por variables sociodemográficas.	Seis ciudades, muestra de mujeres en tratamiento para Ca de mama. Se encuentran diferencias significativas de acceso, con mayor probabilidad de barreras en las mujeres pobres no afiliadas (OR:4,9; IC:95%) y en RS (OR:3,8; IC:95%).

(Continúa)

Estudios cuantitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
457	Lareson, K.F. <i>et al.</i> Clinical and Programmatic Mismanagement Rather than Community Outbreak as the Cause of Chronic Drug Resistant Tuberculosis in Buenaventura, Colombia, 1998 International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 4(7): 673-683.	Estudio (clínico) descriptivo de factores programáticos y de pacientes asociados con la resistencia al tratamiento anti TB en Buenaventura. 64 pacientes con falla de tratamiento y 73 pacientes en 9 puestos locales de salud y un hospital central nuevos. Se recolectaron datos epidemiológicos de tratamiento y del programa de TB; prueba de HIV, estudio de esputo, estudio de susceptibilidad a las drogas (isoniazida, rifampicina, estreptomycin, etambutol, rifabutin, pirazinamida, etionamida, kanamicina, ciprofloxacina, cicloserina y capreomicina) y DNA fingerprinting.	Buenaventura (mayo 97 - junio 98) El mal manejo clínico y fallas del programa anti TB muy posiblemente contribuyeron al desarrollo y diseminación de la resistencia al tratamiento. Casi todos los paciente con resistencia fueron mal tratados y no adhirieron al tratamiento. El mal manejo clínico más que la transmisión comunitaria es el responsable de la resistencia al medicamento encontrada en los pacientes con falla en el tto. A partir de 1996 el programa de TB de Buenaventura a 9 puestos de salud y la responsabilidad se pasó a la Secretaría de Salud con lo cual no hubo más un responsable del programa.
458	Gómez Suárez, Ronald Eduardo. Cream-Skimming and Risk Adjustment in Colombian Health Insurance System: The Public Insurer Case. Archivos de Economía, Bogotá. Documento 336. 31 de octubre, 2007.	Utiliza datos secundarios de las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003. Conforman tres grupos de variables: a) info. general como edad, género, localización urbano rural, estado civil. b) <i>dummies</i> relacionados con salud como autopercepción de salud, presencia de enf. crónica y presencia de enfermedad en el último mes. c) variables socioeconómicas. Hace análisis descriptivo, regresiones logísticas Probit.	Nacional. Documenta la existencia de un patrón que afecta al asegurador público (ISS) en 2003 cuando la probabilidad de afiliación de la población > 60 es 30% más, la de 45-59, 17% más. El autorreporte de salud es desventajoso para la población del ISS también. La tendencia para afiliación por nivel de ingreso favorece a los aseguradores privados con la población de más ingreso.
SN	OPS/OMS Regional Plan for Tuberculosis Control 2006 - 2015 Washington, DC 2006 (Documento técnico).	Plan de OPS/OMS fundamentado en estadísticas administrativas y análisis de expertos con alto nivel de confiabilidad.	Colombia está clasificado en el cuarto escenario (el más deficiente) en las Américas (incidencia > 50/100.000 y cobertura DOTS < 75% (19%) y ocupa el sexto lugar en prevalencia primaria de resistencia a tratamiento multidroga.
SN	Rodríguez, David; Acosta, Jacqueline (2001). La eliminación de la sífilis congénita en Colombia, una paradoja social. Inf Quinc Epidem Nac. 2001, 6 (24) pp. 361-366.	Análisis de la tendencia de la notificación de casos de sífilis congénita entre 1976 y 2000.	Nacional. Presenta los casos notificados ante el Sivigila. Renoce una situación de notificación deficiente, a pesar de eso la incidencia no ha descendido a la meta establecida de 0,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.
SN	De Charry, Ligia Constanza; Carrasquilla, Gabriel; Roca, Sandra. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. De Charry, Ligia Constanza; Carrasquilla, Gabriel y Roca, Sandra en (proceso de publicación).	Estudio cuantitativo, multivariado a partir de encuestas a mujeres con Dx de Ca de mama (810) y tratadas en IPS públicas y privadas en seis ciudades. Se estudia la existencia diferencial de barreras de acceso a la utilización de la biopsia como técnica diagnóstica por régimen de aseguramiento controlando por variables sociodemográficas.	Seis ciudades, muestra de mujeres en tratamiento para Ca de mama en IPS habilitadas para servicios oncológicos. Se encuentran diferencias significativas en la probabilidad de usar la mamografía de detección con menor probabilidad en las mujeres pobres no afiliadas (0,4; IC:95%) (OR:0,5; IC:95%) y en su oportunidad, con menor oportunidad en las mujeres del RS (OR:0,2; IC: 95%).

Estudios cualitativos

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
1	Gómez, Conrado; Sánchez, Luz Helena. Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la Reforma en Colombia: Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones.	Estudio cualitativo realizado mediante entrevistas a profundidad a miembros y ex miembros del CNSSS y revisión documental (actas y acuerdos).	Encuentra que en el Consejo la representación de la comunidad es limitada a grupos de interés (sindicatos y pensionados), y hay desequilibrios de información (los aseguradores, ACEMI) y los sindicatos médicos /ASMEDAS) tienen mayor acceso por sus propios recursos. El CNSSS no tiene suficiente autonomía, no cuenta con recursos propios ni con un apoyo técnico independiente.
45	Ruiz, Fernando; Acosta, Naydú; Ardila, Zayda; Eslava, Julia; Peñaloza, Enrique; Puente, Carlos; Reyes, Sandra. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia: Seis estudios de caso. Cendex 2003.	Estudio de caso en seis municipios de diferentes regiones y contextos culturales. Estudia las interrelaciones entre las ARS y los diferentes subsistemas en su entorno.	Seis municipios de seis culturas diferentes. Por su propia metodología no permite hacer inferencias sino en los aspectos teóricos y conceptuales. Estudia el papel de las ARS como intermediarias para garantizar el acceso a los SS. Verifica la importancia de los factores culturales en la potencialidad del papel de las ARS, y en la forma como cada región ha asumido su papel. Las ARS carecen del perfil epidemiológico de sus poblaciones. El flujo de recursos fue mejor en los mpios. descentralizados y contribuye al mejor funcionamiento de las ARS. Incipiente participación social. Falta de información en particular sobre el sistema entre población y los mismos entes territoriales. SISBEN: problemas por costos y tiempo de aplicación, manipulación política, poca sensibilidad en entornos urbanos. Limitantes para el ejercicio de la libre escogencia.
110	Carvajal, R.; Cabrera, G.; Mosquera J. Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Colombia Médica, 2004.	Es el mismo estudio reportado en 358.	Siete municipios del Valle del Cauca (abril - junio 2002). Reducción de personal a cargo del programa de TB y nombramiento de personal no idóneo. Pérdida del papel de control y regulación de las entidades estatales (desmante del programa vertical). Elusión de responsabilidades por EPS y ARS. Desintegración de sistema de información y monitoreo. Barreras de acceso a los servicios de TB por aseguradora.

(Continúa)

Estudios cualitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
136	Ramírez, Humberto. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colombia Médica, 32:1, 2001, pp. 10-13.	Publicado en 2001 pero sin indicación de fecha de recolección. Muestra representativa de afiliados al RS en Medellín (n = 1200). Entrevistas.	Medellín. Afiliados > acceso que no afiliados. Persisten inequidades. Falta info. sobre P y P, falta part. Comunit. Falta libertad elección ARS.
138	Roldán, Piedad; Vargas, Clara Ruth; Giraldo, Clara Patricia; Valencia, Gloria Esperanza; García, Claudia Liliana; Salamanca, Luisa Matilde. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Colombia Médica 2001; 32: pp. 14-18.	Evaluación de servicios de nutrición y dietética, fonoaudiología, terapia respiratoria y fisioterapia en seis instituciones de salud pública. Se aplicó matriz DOFA, se estudió el contexto (normas y políticas) la oferta (organigrama, manuales de funciones, procesos de inducción de personal, RRHH, físicos, sist. de info.), la demanda (nivel de complejidad y morbilidad atendida) procesos, resultados y satisfacción de usuarios y proveedores.	Seis hospitales públicos, 8 meses comprendidos entre 1999 y 2000. Resultados preocupantes por problemas de calidad observados. Nutrición y dietética insatisfactoria; fisioterapia satisfactoria; terapia respiratoria insatisfactoria; fonoaudiología precaria.
151	Echeverry López, María Esperanza. Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los noventa. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública 2000, 18(2): 19-40.	Ensayo basado en revisión de trabajos sobre descentralización y entrevistas a informantes clave.	Plantea problemas de complejidad jurídica por multiplicidad de normas a veces contradictorias, plantea dudas sobre que la descentralización siga siendo una meta nacional, la escasa ejecución del PAB, problemas de exclusión en la población no asegurada, tensión entre descentralización (Ley 10/90 y el aseguramiento (Ley 100/93), pérdida de importancia de la SP (P y P) en frente a la facturación de servicios curativos. Dificultades de V y C ante EPS de estructura supraterritorial. Bajo avance de la certificación (Dic. de 1998: 62,5% de Dptos., 33,4% municipios, 4 distritos).
155	Fernández M., Sara Yaneth; Pastor, María del Pilar. Proyecto municipios centinelas: evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 1995-1998. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1) 9-23.	Estudio cualitativo en 5 municipios 5 y 6 (DNP) en tres departamentos. Utiliza observación participante, grupos focales. Alta validez interna, baja validez externa.	Cinco municipios, tres departamentos. Entre 1995 y 1998. Documenta falta de políticas claras de P y P en el nivel local, descoordinación entre EPS, ARS y direcciones locales de salud para P y P, baja participación ciudadana, poca información de los usuarios sobre el sistema, mayor disponibilidad de recursos financieros del sistema, alta satisfacción de usuarios con servicios, crítica situación del sistema de información, inequidad urbano rural en afiliación, acceso a servicios, medicamentos y calidad de atención por regímenes.

(Continúa)

Estudios cualitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
163	Gutiérrez P., Roberto; Yepes, Francisco. ¿Qué opinan diversos actores del sector salud frente a la reforma de la Ley 100 de 1993? Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 22 (1), 2004.	Estudio cualitativo basado en 6 grupos focales y 10 entrevistas a informantes clave en dos regiones del país con diferencias extremas de desarrollo (Valle de Aburrá y litoral Pacífico).	Muestra a propósito de dos regiones con extremas diferencias de desarrollo. Los actores entrevistados perciben cambio de visión de caridad a derecho, aumento de recursos del sector y de nuevos actores, mayor institucionalización del sector, más trabajo intersectorial y más gestión. Se perciben problemas con los sistemas administrativos, con los sistemas de información y facturación.
169	López, Yolanda Lucía; González María Claudia; Escobar, José Pablo y Chávez, Blanca Myriam. Los laboratorios de salud pública en el sistema de seguridad social en salud, Colombia, 2002. Estudio de caso. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003; 21 (1): 9-25.	36 entrevistas a muestra de 2 LNR, 4 LSP dep. 2 dist. 1 mpal.	Nueve laboratorios de SP. Falta una política nacional. Escasez de RH, orientación de recursos a 2 LNR. Ganancia al incluir sector privado.
174	Peñaranda C., Fernando, <i>et al.</i> El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 20 (1): 89-99, 2002.	Entrevistas a muestra de funcionarios y usuarios, revisión documental. Muestra a propósito de instituciones de Medellín. No se describen criterios para muestra de funcionarios y usuarios. Validación con expertos. Triangulación de diversas fuentes. Período de recolección 1999-2001.	Medellín. Encuentra diferencias en calidad entre RC y RS. RS: Pérdida de capacidad instalada a partir de Ley 100. Desarticulación de equipos humanos. Cierre de programas en varias entidades. Barreras por fragmentación y trámites administrativos. RC: Servicios muy similares al SOPI. Recursos más completos. Mejores mecanismos de control. Capacitación del RH.
186	Yepes, Carlos Enrique. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 20(1): 9-22, 2002.	Estudio cualitativo con base en teoría fundada. 18 pacientes. 18 meses a partir de febrero de 1999.	Describe la relación desigual (dispar) entre el paciente (dependiente) y el profesional por las relaciones de poder y conocimiento.
204	Barajas, Luz Cristina; Conversa, Luigi; Vega, Román. La focalización de subsidios para aseguramiento en salud: percepción de usuarios, funcionarios y autoridades locales y distritales.	Estudio cualitativo, descriptivo mediante grupos focales (8) y entrevistas a profundidad con personas excluidas por el SISBEN, funcionarios administrativos y asistenciales de los hospitales públicos de las localidades en estudio, autoridades locales y funcionarios	Bogotá. Cuatro localidades Aplicación del SISBEN en la ciudad de Bogotá. Las personas a quienes se les aplica el SISBEN lo perciben como el instrumento que los incluye o los excluye de un servicio. Se sienten excluidas porque la clasificación del nivel de

(Continúa)

Estudios cualitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
	Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 1, No. 3, pp. 96-115. Dic. 2002.	del DNP, Planeación Distrital, Concejo de Bogotá SDS.	pobreza o riqueza y la decisión de no afiliarse al régimen subsidiado a quienes estén por encima de cierto nivel no corresponde a su situación real. Lo consideran arbitrario. No tiene en cuenta la capacidad real de pago sino lo que posee la persona incluyendo su educación.
254	Ayala Cerna, Carlos y Kroeger, Axel. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Cad. Saúde Pública, nov./dic. 2002, Vol. 18, No. 6, pp. 1771-1781.	Estudio de caso en tres municipios de dos dptos. (Sep. 1999 a mar. 2000. Análisis documentos / entrevistas semiestructuradas / observación directa / acompañamiento en 1 mpio. por 10 meses.	Falta capacitación para el cambio. Fallas en vigilancia y control. Municipio sin injerencia sobre EPS lo que debilita su papel controlador. Problemas de flujo de fondos. Disminución coberturas vacunación después 1995. Trámites de aseguradores para vacunar. Fragmentación en manejo de TB. Límites para exámenes por aseguradores. Deficiencia en búsqueda de contactos por aseguradores. Orden público y desplazamiento.
324	Torres, Sergio; Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson. Prioridades en la definición de límites entre aseguradores y prestadores de servicios de salud: aproximación preliminar al régimen contributivo en Bogotá. Rev. gerenc. políticas salud. Vol. 4, No. 9, pp. 141-158, 2005.	Estudio exploratorio, basado en una encuesta de 15 IPS y entrevistas. Se analizan tres formas de gobernanza de las relaciones entre EPS e IPS: integración vertical / cooperación entre EPS-IPS y relaciones de mercado. Se relacionaron con la forma de contrato: por capitación / por pago por servicio y por pago por paquete.	Bogotá. La confianza es fundamental en la relación EPS-IPS y ella se ha estado construyendo mediante la difusión de formas de cooperación entre ambos actores. El sometimiento de esta relación a las reglas del mercado aumenta los costos de transacción.
340	Gorbaneff, Yuri; Torres, Sergio; Contreras, Nelson. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. Gerencia y Políticas de Servicios de Salud. Vol. 3, No. 6, pp. 88-106, 2004.	Estudios de caso en tres EPS, su red de IPS, Supersalud y un proveedor para analizar la cadena de producción. Se hacen encuestas a directivos a través de entrevista.	Se identifican altos costos de transacción debidos a la incertidumbre de la demanda, a la complejidad de los bienes en transacción. Se describen y comentan las cadenas de producción y sus niveles.
358	Carvajal, R.; Cabrera, G.; Mateus, J. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Biomédica. 2004; 24 (Supl.): 138-148.	Estudio de casos con selección por conveniencia de 7 municipios del Valle del Cauca. Representan las 4 áreas geográficas, 80% de casos registrados y 70% de la población. Uso de datos secundarios, revisión documental y de archivos, encuesta a 16 responsables nles., dptales. y mps. del programa y lista de chequeo en IPS públicas y privadas.	Siete municipios del Valle del Cauca. Cambios observados con el SGSSS: Nuevos actores y cambio de rol de otros. Mientras en SNS los municipios tenían para dirección, planeación y regulación un equipo multidisciplinario con MD, enf., bact., neumólogo, trab. soc., aux. de enf. y educ. en salud en el SGSSS no hay equipo multidisciplinario.

(Continúa)

Estudios cualitativos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
			Sólo 1 persona a cargo en 5 de los 7 mpios. Reducción del papel estatal en vigilancia y control. No se encontró participación de aseguradores privados contributivos y subsidiados en los programas de control de TB. IPS: 42,3% de públicas ofrecían programas de control y sólo 3% de las privadas.
392	Delgado, María E.; Vázquez, Luisa. Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. Rev. Salud Pública 8 (2): 128-140, 2006.	Estudio cualitativo entre 2000 y 2001. Grupos focales a usuarios y líderes (260), entrevistas semiestructuradas a personal de salud (36) y formuladores de políticas (3). Análisis de contenido. Segmentación de datos por informantes y temas.	Tulúa y Palmira. Obstáculos identificados para participar: falta de conocimiento, apatía, temor a represalias. Factores institucionales: falta de apertura, falta de información a los usuarios.
451	Wiesner-Ceballos, C.; Murillo-Moreno, R.H.; Piñeros Petersen, M.; Tovar Murillo, S.L.; Cendales Duarte, R.; Gutiérrez, M.C. El control del cáncer cérvico uterino en Colombia: percepción de los actores del sistema de salud. Rev. Panam. Salud Pública. 2008.	Estudio cualitativo, utiliza la teoría fundada. Muestra a propósito de 4 departamentos con diferentes niveles organizativos y de niveles de mortalidad por Ca de cérvix. 38 entrevistas semiestructuradas, 14 grupos focales y 12 informes técnicos revisados. Funcionarios y directores de EPS, IPS públicas y privadas departamentales y municipales. Se contrastaron informes técnicos con testimonios.	Cuatro departamentos (agosto 2005-febrero 2006). Ca cérvico uterino no se percibe como problema de SP. No hay rectoría sobre el tema. No hay coordinación entre actores. RRHH inadecuados. No hay seguimiento de casos positivos debido a fraccionamiento de la población entre aseguradoras. Prioridad en el flujo del dinero dentro del sistema.
452	Wiesner, Carolina; Tovar, Sandra; Cendales, Ricardo y Vejarano, Marcela (2006). Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha. Rev. Colomb. Cancerol. 10;(2) 1-11.	Estudio cualitativo mediante entrevistas a profundidad y grupos focales entre agosto de 2004 y marzo de 2005.	Soacha (Cund). Se encuentran problemas de diversa índole para la citología. Ausencia de una estrategia educativa, normas que obstaculizan (cito. por enf. Jefe), trámites advtos. (carné, envío de un sitio a otro, demora en lectura de cito, no entrega de resultados, deficiente sist. de info.)
455	Molina, Gloria; Muñoz, Iván Felipe y Ramírez Andrés, eds. (2009). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, deberes y derechos constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander, Colciencias. Enero.	Estudio cualitativo (teoría fundada) a partir de seis estudios de caso en sendas ciudades (Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto). 179 entrevistas a profundidad con profesionales de salud y administradores de EPS e IPS públicas y privadas. 3 grupos focales con 9-12 usuarios c/u.	Estudios de caso en seis ciudades. La predominancia del interés por producir rendimientos económicos lleva a conductas de racionamiento de remisiones a especialista, exámenes diagnósticos, medicamentos y genera dilemas éticos para el ejercicio profesional. Se observa deterioro en las condiciones laborales de los médicos, con inestabilidad laboral y pérdida de autonomía profesional.

Estudios mixtos

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
SN*	Unión temporal CCRP-Assalud-BDO "Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado" Dic. Informe técnico presentado al Ministerio de la Protección Social. 2004.	Estudio cuanti-cualitativo con base en cuatro niveles de análisis: capacidad territorial y ejecución presupuestal para acciones de P y P, identificación y evaluación de fuentes de información y evaluación del cumplimiento de las acciones de P y P. Muestra representativa de departamentos. Encuesta a usuarios en IPS, entrevistas a profundidad a directivos de EPS y de secretarías municipales y departamentales de salud. Recolección de reportes de Sivigila sobre entidades centinela. Componente cuantitativo sobre muestra representativa, multietápica para departamentos, municipios, distritos, EPS, ARS, IPS, población asegurada y no asegurada. Cualitativo sobre submuestra a propósito de entes territoriales. Entrevistas a profundidad a funcionarios de entes territoriales, EPS e IPS y grupos focales con comunidad.	Nacional. Problemas en programación de SP por problemas de denominadores poblacionales (censo). Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila) inoportuno y con subregistros. Existencias de incentivos financieros perversos que afectan los objetivos de salud del sistema. Fragmentación en financiación, competencias y planes de beneficios. Presencia de eventos centinela en menosres de 5 años inaceptables. (EDA/IRA). Barreras de acceso, falta de capacitación de actores sociales, apropiación privada de información pública.
52	Gómez, Pío Iván. Implicaciones de la reforma en el sector salud sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas. Rev. Col. de Enfermería, 1:1, 2006.	Ensayo a partir de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005.	Plantea la necesidad de cuestionar la calidad de los servicios de maternidad a partir de varios de los hallazgos de la ENDS 2005: el nivel de la mortalidad materna, las complicaciones del parto como segunda causa de MM a pesar de los altos niveles de atención prenatal, de atención institucional del parto y de at. del parto por profesionales.
79	Torres Valdivieso, Sergio; Gorbaneff, Yuri; Contreras, Nelson. Tipificación de las formas de intercambio de servicios de salud: un estudio exploratorio del régimen contributivo en Bogotá. Gerencia y Políticas de Salud. No. 7, Dic. 2004.	Estudio exploratorio realizado en 17 IPS de Bogotá. Se fundamenta en la economía de los costos de transacción.	Bogotá, 17 IPS y sus relaciones de intercambio con 8 EPS. Encuentra tres formas fundamentales de intercambio económico: cooperación en el mercado, mercado jerarquizado (preponderancia de EPS sobre IPS) y cooperación potencial. Las relaciones entre EPS e IPS se diferencian no sólo por las formas de pago, sino por los mecanismos de coordinación, y el esquema legal que soporta la relación de intercambio. Este estudio no es extrapolable y está sesgado por la predominancia de una EPS.

(Continúa)

* SN: sin número.

Estudios mixtos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
171	Molina M., Gloria; Rodríguez, Claudia Milena. Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002, 20(2):7 = 21.	Estudio cualitativo (teoría fundada) que realizó entrevistas a profundidad en tres etapas distintas a 179 expertos de 96 instituciones de salud, públicas y privadas, de distinto nivel en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia. Las entrevistas se realizaron a médicos, especialistas, enfermeras, profesionales de la salud, administradores de IPS, EPS y entes territoriales; usuarios y representantes de organizaciones ciudadanas y comunitarias.	Documentan serios problemas de acceso y de calidad. La presión por la facturación de servicios y la producción de rendimientos económicos, ha llevado a la práctica de controles de costos que implican el establecimiento de cuotas para procedimientos diagnósticos y medicamentos a prescribir e incentivos positivos y negativos para los médicos, según se ciñan o no a las cuotas establecidas con detrimento de la calidad de la atención e inclusive a la alteración de la veracidad de la historia clínica. Esta situación genera serios dilemas éticos para la práctica profesional.
181	Ruales, José. Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública. Rev. Fac. Nal de Salud Publica. 22 número especial 2004.	Ensayo (conferencia) basada en la evaluación de las funciones esenciales de SP realizada a nivel nacional y subnacional.	Ruptura en el sistema de información a partir de 1998 en particular al nivel departamental. pérdidas en la responsabilidad en la SP, pérdida del manejo del espacio población por la multiplicidad de actores, reducción en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, en la cobertura de vacunación. La evaluación de 25 indicadores de gestión de las EPS en 2001 califica como deficiente su gestión de SP.
202	Silva R., Liliana; Herrera, Vicente; Agudelo, Carlos. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. Revista de Salud Pública. 4(2): pp. 2002.	Estudio de caso en siete municipios, en siete departamentos entre 1997 y 2000. Se realizaron visitas de observación, entrevistas a informantes clave y revisión documental.	La certificación y su correlato de descentralización no expresan de manera apropiada los procesos de municipalización (1), el avance tecnológico y administrativo, ni el desarrollo de la prevención y la promoción. Los municipios no parecen contar con suficientes estímulos para asumir de manera integral la descentralización y la Ley 60 les permitió manejar los recursos y competencias en salud, aún sin la certificación. La descentralización es un proceso inconcluso. Los hallazgos y conclusiones son anteriores a la Ley 715 que modificó las reglas de la descentralización.
245	Giedión, Úrsula; Morales, Luis Gonzalo; Acosta, Olga Lucía. (2000) Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá.	Estudio cuanti-cualitativo en hospitales públicos de Bogotá. Utilizó entrevistas a informantes clave en los hospitales (128), listas de chequeo a procesos de adquisición de insumos (29), encuestas a personal hospitalario (860), censo a enfermeras hospitalarias (130),	32 hospitales públicos de Bogotá. Se estiman sobregastos por sobreprecios de un 10% del presupuesto para insumos médico quirúrgicos y ausentismo médico del 5,7%. Se podrían haber afiliado en total 36.000 personas pobres con estos recursos.

(Continúa)

Estudios mixtos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
	Coyuntura Social 23, pp. 97-124, Nov.	bases de datos de precios de adquisición de insumos, bases de datos de precios de referencia de insumos, presupuestos de hospitales.	
270	Arbeláez, M.P; Gaviria, M.; Franco, A.; Restrepo, R.; Hincapié, D.; Blas, E. Tuberculosis Control and Managed Competition in Colombia. Int. J. Health Plann Mgmt. 2004; 2004(19): S25-S43.	Estudio de caso. Cuanti-cualitativo. 25 entrevistas prestadores públicos y privados, autoridades mples. dptles. aseguradores. Cuantitativo con datos secundarios de MPS, registros locales y estudio de cohorte de ptes. TB.	Medellín y Montería. Cobertura de BCG a nivel nacional bajó de 90% en 1996 a 80% en 1999. Cambio de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda dio énfasis a incentivos económicos sobre objetivos de SP. Pérdida de liderazgo estatal y limitada capacidad para necesidades de inspección, monitoreo y control. Número de contactos identificados y seguidos muestra tendencia a disminución. En 1998 fue sólo 1/3 de lo observado en 1990. Análisis de cohorte de ptes. TB mostró proporción de ptes. no completando tratamiento y siendo referidos tres veces mayor en no asegurados y subsidiados que en contributivo. Fragmentación por contratación y aseguramiento.
272	Bossert, T. <i>et al.</i> Decentralization and Equity of resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile. Bulletin of the WHO 2003, 81 (2).	Estudio comparativo de la equidad en distribución de recursos de salud en dos procesos de descentralización en salud (Chile - Colombia). Utiliza el "espacio de decisión" diseñado por Bossert el cual identifica rango de decisiones en una serie de aspectos (financiación, entrega de servicios de salud, focalización, gobernanza...) Se revisaron documentos, se entrevistaron informantes clave con criterios estandarizados. Este artículo presenta el aspecto de financiación. Utiliza gasto per cápita, consultas médicas en los servicios públicos.	318/334 municipios de Chile y 1058/1080 municipios en Colombia. El estudio muestra que la equidad en la asignación de recursos (transferidos del nivel nacional y de los propios) mejoró entre los municipios más ricos y los más pobres con el proceso de descentralización a partir de una situación, previa a la descentralización, de alta inequidad en la asignación de recursos.
287	Mosquera, M.; Zapata, Y.; Arango, C. y Varela, A. Strengthening User Participation Through Health Sector Reform in Colombia: A Study of Institutional Change and Social Representation. Health Policy and Planning Dec 2001; 16, 2 p. 52.	Estudio de caso. Múltiples fuentes de evidencia, cuanti y cuali. Informantes seleccionados de diferentes niveles (Ministerio de Salud, Secretarías Dptl. y Mpl.9 grupos de discusión con usuarios de RC, RS y no asegurados. 14 entrevistas semiestructuradas a informantes clave y 661 cuestionarios estructurados a usuarios de los SS en los últimos 6 meses.	Bajo nivel de participación a pesar de legislación y creación de mecanismos participativos. Diferente implementación de la participación entre sector público y privado. Sentimientos ambiguos entre decisores y administradores en la factibilidad y contribución potencial de los usuarios en aspectos técnicos y gerenciales. Falta de sentimiento de empoderamiento en asociaciones de usuarios y politización de líderes.

(Continúa)

Estudios mixtos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
316	Tono, Teresa; Velázquez, Ligia; Castañeda, Laura; Sáenz, Julio. El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva.	Estudio de carácter exploratorio. Comparación del uso de servicios de SSR antes y después de la Ley 100 de 1993. Selección de hospitales en seis ciudades (en cada ciudad una aseguradora para los dos regímenes), tres hospitales. Trece entrevistas a informantes clave. Además datos de corte transversal de los ENDS 1990, 95 y 2000 para estudiar asociación entre afiliación y uso de servicios.	Seis ciudades a propósito. Encuentra una asociación positiva entre uso de control prenatal, atención del parto por médico, el uso de planificación familiar y la atención en caso de EDA, IRA, en personas aseguradas. Se encontraron diferencias entre el RC y el RS con uso y acceso menor en el RS.
318	Peñaloza, Enrique; Henao, Elsa Victoria. Régimen subsidiado de salud en Colombia: evaluación y propuestas de ajuste. Documentos de trabajo. Fundación Corona 2002.	Estudio de funcionamiento del RS en 7 ciudades de diferente tamaño. Tres componentes: estudio de regulación y de equilibrio entre ingresos y gastos; estudio de mercado de aseguramiento y estudio de operación de las ARS.	Análisis de mercado con índice Hirshman - Herfindahl. Competitivo en Bogotá y metrópolis regionales, oligopólico en 3, 4 y 5 y monopolístico en 6 y 7. Las ARS no tenían info. sobre perfil de gastos ni control sobre gastos administrativos que fueron > 15%. Aparentemente UPCS insuficiente particularmente en 1999. 86% de municipio < 5000 beneficiarios. El sistema después de 7 años no tiene información sobre costos de salud.
332	Gorbaneff, Yuri <i>et al.</i> La incertidumbre del entorno en que trabaja la cadena de prestación de servicios de salud. Gerencia y Políticas de Salud. (10): 116-131; julio 2006.	Evaluación de la incertidumbre en el sistema de salud a partir de teoría organizacional con base en dos dimensiones: dinamismo y complejidad. Utiliza fuentes primarias: encuesta realizada sobre forma de gobernación de transacciones en régimen contributivo en Bogotá y secundarias: base de datos de IPS de la Secretaría Distrital de Salud, y bases de datos de MPS y Supersalud con datos sobre aseguradoras, estado de salud de población y normatividad.	Bogotá. Concluye que el ambiente de los servicios de salud en Colombia es complejo y dinámico con una alta dosis de incertidumbre.
345	Plaza, Beatriz; Barona, Ana Beatriz y Hearst, Norman. Managed Competition for the Poor or Poorly Managed Competition? Health Policy Plann (2001) 16 (Supl. 2): 44-51.	Estudio cuanti-cualitativo a partir de revisión documental, entrevistas a actores clave y análisis de datos secundarios.	Identifica logros de la reforma como aumento del aseguramiento (datos de ECV) y encuentra tres problemas: deficiente información, flujo de recursos y falta de capacidad institucional a todos los niveles (nacional, departamental, municipal).
385	Kroger, Axel; Ordóñez González, José; Aviña, Ana Isabel (2002). <i>Malaria Control Reinvented: Health Sector Reform and Strategy Development in Colombia.</i> Tropical Medicine and International Health. 7:5, pp. 450-458, mayo.	Serie de estudios entre enero 1998 y diciembre 2000. Entrevistas semi-estructuradas a personal de dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud, 35 gerentes de programas departamentales de control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), tres grupos focales en dos departamentos.	Caos organizacional en los primeros años de la reforma. Reducción de personal, largos procesos administrativos en el Ministerio de Salud. En 2000 no se compraron insecticidas.

(Continúa)

Estudios mixtos (Continuación)

No. ficha	Referencia	Diseño / Solidez	Ámbito / Conclusiones
426	Fedesalud (2007). El impacto de las reformas en salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en la situación de malaria. Informe final al Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, PAMAFRO y Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.	Estudio cuanti-cualitativo a partir de entrevistas a funcionarios de nivel nacional, a expertos en malaria personal de nivel operativo a nivel local, revisión de información estadística y financiera y revisión documental en cada país.	Colombia el país que presenta el peor comportamiento a largo plazo en la lucha antimalárica, en términos de financiamiento, esfuerzo diagnóstico, respuesta al incremento de la malaria, etc. Los expertos y las publicaciones lo explican por el énfasis demasiado economicista de la misma, (centrado en la facturación y los costos), así como el predominio privatizador y de la mirada individual de la salud frente a la salud como fenómeno colectivo. También citan la desarticulación y fragmentación de las responsabilidades y acciones en el campo de la prevención de la salud.
454	Jiménez, Mónica Marcela; Hinestroza, Yenifer; Gómez, Rubén Darío (2007). Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004. Revista Colombia Médica, Vol. 38, No. 2, abr./jun., pp. 113-131.	Estudio cuanti-cualitativo en dos municipios de Antioquia que incluyó análisis documental y de datos administrativos y entrevistas semiestructuradas a 20 expertos institucionales y 55 usuarios.	Zaragoza y Tarazá (Antioquia). A partir de las entrevistas documenta desmonte de capacidad instalada y pérdida del saber hacer y experiencia adquirida; debilitamiento de acciones del estado y segmentación de acciones de control; pérdida de capacidad gerencial y operativa; subordinación de la atención a contratos de aseguramiento; colapso del sistema de información.

Editoriales de prensa sobre la problemática de salud

Editoriales de *El Tiempo*

A continuación presentamos un listado parcial de editoriales del periódico *El Tiempo* relacionados con el sector salud. No fue posible obtener una autorización del periódico para reproducir los más relevantes, pero las personas interesadas en consultarlos pueden hacerlo a través de la página web del mismo. www.eltiempo.com.co.

Estos editoriales recorren diversos aspectos del funcionamiento del sistema y resaltan muchos de los problemas que por otra parte han venido siendo evidenciados por las diversas investigaciones.

2008	Título	Tema
26 de enero	Fin a abusos con el SOAT	Seguro de accidentes de tránsito
14 de febrero	Daños irreparables	Calidad de la atención
15 de marzo	Vacíos peligrosos	POS e ITS
20 de marzo	Salud, ¿sin control?	Vigilancia y Control
31 de marzo	La rabia ataca de nuevo	Un problema de Salud Pública
29 de abril	Diagnóstico preocupante	Encuesta Nacional de Salud
15 de junio	Y Ud., ¿qué droga toma?	Calidad de medicamentos
5 de julio	Salud, derecho costoso	Sentencia 463 Corte Constitucional
22 de julio	Independencia, por favor	Prácticas de mercadeo de medicamentos
14 de agosto	¡Qué peligro!	Desechos hospitalarios
19 de agosto	Salud: nadie está contento	Insatisfacción con el sistema
26 de agosto	Salud: a barajar y repartir de nuevo	Sentencia 760 Corte Constitucional
30 de agosto	Falsos negativos	Control de calidad de citologías
16 de septiembre	Depresión sin tratamiento	POS y salud mental
7 de noviembre	Salud y patentes	Patentes comerciales
18 de noviembre	Una ley agrídulce	Sobre la Ley 100 de 1993

2007	Título	Tema
21 de enero	El ISS no más fracasos	
31 de enero	Rabia en Santa Marta	La Salud Pública
5 de febrero	El embarazo adolescente la década perdida	Fracaso de educación sexual
13 de febrero	Del dicho al hecho	Crisis en la Salud Pública
4 de marzo	La salud es primero	Patentes y acceso a medicamentos
15 de julio	La salud no es sólo negocio	Improvisación de políticas falta de rectoría
7 de septiembre	La pobre salud del pobre	Problemas en bases de datos
19 de octubre	Salud pobre para pobres	Inequidad del sistema
4 de noviembre	Quién vigila al Invima	Control de calidad de medicamentos
15 de noviembre	Cáncer trámites mortales	Barreras de acceso
3 de diciembre	Una salud maniatada	Barreras por las EPS
2006	Título	Tema
8 de octubre	Agoniza la Salud	Pérdida en avances de salud
18 de noviembre	Un sano debate	Crisis de la Salud Pública